Rok XXVII. Kraków, 14 Stycznia 1888. Nr. 2.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam. 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Uwagi nad budową anatomiczną i położeniem topograficznèm pochwy.

Podał
Dr. Antoni Mars,
Docent Uniw. Jagiell. i b. asystent prof. Madurowicza.

Zanim będziemy mówić o zachowaniu się pochwy podczas ciąży i porodu, należy pierwéj zastanowić się nad zachowaniem się jéj po za sprawą płodzenia.

Budowa anatomiczna pochwy i jéj położenie topograficzne stanowi obszerny przedmiot wielokrotnie badany i opisywany jużto w dziełach anatomicznych, jużtéżto ginekologicznych i dostatecznie znany. W pracy niniejszéj poruszymy go dla tego o tyle tylko, o ile jest potrzebnym do zrozumienia przedmiotu.

Pochwa stanowi przewód błoniasty o ścianach wiotkich i stosunkowo cienkich, który łączy macicę z częściami płciowemi zewnętrznemi. Przyczepienie jéj do macicy jest tego rodzaju, że obejmuje ona koniec dolny macicy, który w postaci t. zw. części pochwowéj do niéj wstercza i sięga od przodu niżéj, od tyłu zaś wyżéj. Od wewnątrz miejsce to przyczepienia jest bardzo wyraźne i tworzy naokoło części pochwowéj sklepienia pochwowe. Od zewnątrz, jeżeli oglądamy macicę i pochwę, razem odpreparowane, granica między temi organami wcale nie jest wyraźną, a pokład mięśniowy stanowiący zewnętrzną warstwę macicy przechodzi w dalszym ciągu na pochwę, w delikatnych cienkich podłużnych smugach.

Przewód pochwowy od części płciowych zewnętrznych jest ściśle odgraniczony błoną dziewiczą lub jéj resztkami naokoło wejścia pochwowego od wewnątrz położonemi. Na stronie zewnętrznéj pochwy nie ma granicy wyraźnéj.

Długość pochwy jest względną i zależy jużto od wielkości całego ciała, jużtéżto od różnic osobistych. Henle [1] w swéj anatomii podaje długość tylnéj ściany około 7 cm., o przedniéj zaś mówi, że wynosi o 13—20 mm. mniéj. Luschka [1]) podaje długość tylnéj ściany pochwy na 8 cm. jako największą średnią, o przedniéj zaś powiada, że jest o 1·5—2 cm. krótszą. Wymiary te rozumieją się w naturalném położeniu pochwy, zmiany bowiem w położeniu pochwy saméj jak i niezwykłe zachowanie się organów sąsiednich, jak np. wysokie ułożenie macicy, znaczne przepełnienie pęcherza moczowego albo odbytnicy, wpływają niezaprzecze-nie na długość pochwy, która daje się wzdłuż rozciągnąć. Długość pochwy wyjętéj i wyprostowanéj jest znacznie większą i wynosi według Luschki [2]) i Graafa 11—14 cm. Grubość ścian pochwy ocenia daléj Luschka [3]) na 2½—3 mm. Przednia ściana jest jednak o wiele grubsza aniżeli tylna. Breisky [4]) powiada, że pochwa w górze jest najcieńszą, i ocenia grubość ścian na 2 mm., gdy naczynia są wypróżnione.

Szerokość pochwy Luschka [5]) podaje na 3 cm., gdy jest próżną. Pojęcie szerokości pochwy jest względne i zależy od wieku, od tego, czy osoba jest dziewicą, czy spółkuje, czy rodziła i ile razy? W miarę spółkowania częstszego, częściéj powtarzających się porodów, pochwa staje się szerszą, u panien i w wieku podeszłym jest węższą. Różnica ta zależy od znacznéj rozciągliwości pochwy w poprzek, czego najwymowniejszym wyrazem są wymiary, do jakich podczas porodu dochodzi. Rzecz naturalna, że i różnice indywidualne odgrywają ważną rolę. Szerokość ta nie jest jednostajną w różnych wysokościach przewodu pochwy. Ogólnie sądzą, że jest w górze szerszą a w dole węższą. Breisky [6]) także jest tego zdania. Pod tym względem doszedłem do odmiennych wyników robiąc doświadczenia na trupach. Ponieważ zdanie ogólnie przyjęte wydało mi się niesłusznem, więc aby

[1]) *Hdb. der Eingeweidelehre des Menschen* 1886, str. 443.

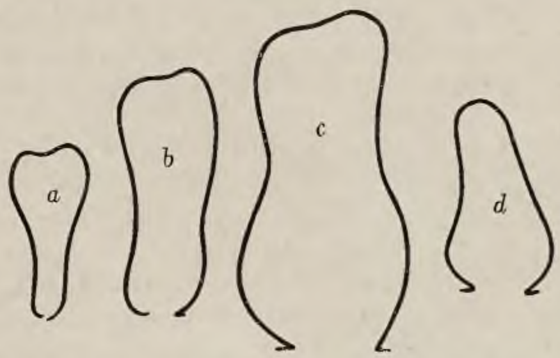
[1]) *Die Anatomie des Menschen. Das Becken Bd.* II. str. 383. — [2]) l. c. str. 383. — [3]) l. c. str. 385. — [4]) *Deutsche Chirurgie. Die Kr. der Vagina* str. 7. — [5]) l. c. str. 383. — [6]) l. c. str. 6.

się o tém przekonać, nastrzykiwałem pochwę na trupach różnego wieku *in situ* woskiem. Nastrzykiwań dokonywałem w ten sposób, że zaszywałem wargi większe od zewnątrz silnie, a umieściwszy między szwami rurkę wpędzałem do pochwy wosk roztopiony. Aby uniknąć zarzutu, wykonałem w kilku przypadkach nastrzykiwania od strony macicy, a mianowicie zaszywałem szczelnie wargi większe zewnętrzne, potém otwierałem jamę brzucha, przecinałem ciało macicy aż do ujścia jéj wewnętrznego i wprowadzałem rurkę do szyi tejże. Wyniki otrzymane obydwoma sposobami były jednakie. Tą drogą otrzymywałem dokładne odlewy, które porównywając przyszedłem do następujących wyników: u dzieci pochwa istotnie jest w górze szerszą a w dole węższą; u dorosłych dziewic stosunek ten się utrzymuje, chociaż nie jest tak wybitny jak u dzieci; u osób, które rodziły, znalazłem stosunki wprost przeciwne a mianowicie: rzadko tylko pochwę mniéj lub więcéj jednostajnéj szerokości, ale zawsze prawie w dole szerszą aniżeli w górze. W wielu przypadkach można było spostrzedz lekkie zwężenie w połowie długości pochwy, czyli na odlewach kształt klepsydrowaty, przyczém zgrubienie górne bywało mniejsze aniżeli dolne; u osób wiekowych odlewy były w ogólności mniejsze, zdradzające, że pochwa najszersza od dołu ku górze mocno się zwęża, czyli stosunek wprost przeciwny jak u dzieci.

Wyniki powyż opisane znajdowałem w tych przypadkach, w których stosunki pochwy były prawidłowe, tam bowiem gdzie były w pochwie zwężenia bliznowate, otrzymywałem odlewy kształtu nieregularnego. Nadto w przypadkach, gdzie na trupie znajdowało się obrzmienie, otrzymywałem odlewy w górze grubsze, w dole pochwy zaś znacznie zwężone, pokryte chropowatościami odpowiadającemi fałdom pochwowym. Powstawało to ztąd, że obrzęk surowiczy ściesniał światło pochwy w jéj dolnéj połowie i nie pozwalał się jéj przy nastrzykiwaniu rozciągnąć, podczas gdy górna połowa pochwy, nieotoczona tak jak dolna mało tylko podatnemi obrzmiałemi częściami dna miednicy, mogła się łatwo rozszerzyć pod wpływem ciśnienia nastrzykiwanego wosku.

Następujące rysunki schematyczne wykazują te kształty.

Fig. I.



a) u dzieci, *b)* u dziewic, *c)* u wieloródek, *d)* u osób wiekowych.

Mógłby mnie spotkać zarzut, że moje odlewy są dokonywane na trupach, gdzie tkaniny utraciły już swą kurczliwość. Uwzględniając jednak brak kurczliwości w ścianach pochwy podczas nastrzykiwań możnaby tylko przypuścić, że otrzymane odlewy są trochę większe w całości od tych, jakiebyśmy otrzymali, gdybyśmy takie odlewy z osób żywych zbierać mogli. W obec bowiem braku kurczliwości ścian pochwy wstrzykiwany wosk płynny wywierając ucisk jednostajny na wszystkie punkty na wewnętrznéj jéj powierzchni powinienby raczéj pochwę w górze więcéj rozszerzyć aniżeli w dole, a to dla tego, że pochwa w swéj górnéj połowie przylega z przodu do pęcherza moczowego, od tyłu zaś do odbytnicy, któreto organa nieznaczny tylko stawiać mogą opór jéj rozszerzaniu się, podczas gdy dolna połowa otoczona jest mięśniami i powięziami dna miednicy, które i po śmierci daleko znaczniejszy opór stanowić muszą. Na zarzut zaś: że wosk krzepnący łatwo wypełnił najpierw szczyt pochwy i skrzepnął, a wstrzykiwany daléj rozszerzał tylko dolny odcinek pochwy, nie wpływając już na górny, odpowiem, że wosk wstrzykiwany był tak płynnym, że kilka i więcéj minut po wstrzyknięciu trzymać trzeba było zatkaną rurkę, aby nie wypłynął, a nadto wstrzykiwania dokonane od strony macicy, dające teżsame wyniki, zarzut ten zbijają w zupełności.

Przy sposobności nadmienić muszę, że w kilku przypadkach nastrzykiwana pochwa pod wpływem bardzo silnego parcia pękła i to za każdym razem po stronie lewéj i ku tyłowi. Okoliczność ta zgadzałaby się z tém, co u osób żywych po porodach obserwowano, że znaczniejsze pęknięcia w pochwie od tyłu się przydarzają, jak to Freund [1]) podaje.

Do ostatnich czasów przedstawiali sobie autorowie pochwę w stanie pewnego rozdęcia w prawidłowych warunkach i chociaż niektórzy wspominali, że ściany pochwy do siebie przylegają, a mianowicie przednia do tylnéj, to przecież na rysunkach w dziełach dawniejszych widzimy pochwę rysowaną jako przewód rozdęty. Pochodziło to ztąd, że nie znano dobrze topograficznych stosunków pochwy. W nowszych dopiero dziełach widzimy ją rysowaną tak, że przednia ściana przylega do tylnéj. Henle [2]) wykonał poprzeczne przecięcie pochwy i podał w swém dziele rysunek, który przeszedł do dzieł ginekologicznych. Na rysunku Henlego widzieć można, że przednia ściana przylega szczelnie do tylnéj, tak że na przekroju poprzecznym powstaje między niemi poprzeczna linija długości mniéj lub więcéj 24 mm. Ściany boczne układają się tak, że na obu końcach opisanéj poprzecznéj linii ustawione są w dwie prostopadłe, skutkiem czego światło pochwy na poprzecznym przekroju przedstawia nam się w kształcie litery H w porzek rozciągniętéj.

W prawidłowych warunkach, jeżeli pęcherz moczowy i odbytnica są wypróżnione, pochwa jest położoną w miękkich częściach dna miednicy lub téż wychodzi ponad takowe. Przebiega ona w kierunku od przodu i ku tyłowi, tak, że jeżeli pomyślimy sobie osobę stojącą, koniec jéj zewnętrzny leży poniżéj łuku łonowego i nieco po za nim ku jamie miednicy, a koniec wewnętrzny nieco tylko powyżéj wychodu miednicy. Za powyższym kierunkiem przemawiają przecięcia dokonane na zamrożonych trupach kobiecych, Waldeyera [3]) i innych. Jeżeli Breisky [4]) zgadza się na zdanie Frankenhäusera [5]), że pochwa przebiega w wymiarze prostym wychodu miednicy, to nie bierze on prawdopodobnie wyrażenia tego dosłownie, ale chce stwierdzić, że nie zgadza się na zdanie tych autorów, którzy kierunek pochwy opisują jako zbliżony do kierunku osi miednicy, jak mianowicie Luschka [6]) albo Henle [7]), który mówi, że pochwa w górnéj połowie pionowo się wznosi. Kölliker [8]) opisuje kie-

---

[1]) *Gynäkologische Klinik I Band. Die Verletzungen der Scheide und des Dammes* str. 147 i 148. — [2]) Henle l. c. 444. — [3]) *Deutsche Chirurgie. Die Krankh. d. Vagina.* Breisky str. 5, Fig. 5, r. 1886. — [4]) l. c. str. 6. — [5]) *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte* 1876 *VI Jahrgang* str. 415. [6]) l. c. str. 383. — [7]) l. c. str. 427. — [8]) *Ueber die Lage der weibl. inneren Geschlechtsorgane* 1882 str. 7 i 8.

runek pochwy w sposób następujący: macica stojąc do wymiaru prostego wchodu miednicy prostopadle przecina tenże między drugą a trzecią piątą jéj częścią. Z macicą w ten sposób ułożoną pochwa zbiega się pod kątem 115° wynoszącym.

Różnica w kierunku przebiegu pochwy istnieje istotnie u dzieci a u osób dorosłych.

Drobniejsze szczegóły dotyczące wygięć obserwowanych na przedniéj lub tylnéj ścianie, jakie autorowie opisują, są względne i zależą od napełnienia większego lub mniejszego pęcherza moczowego lub odbytnicy, która jeżeli nie kałem to gazami bywa zwykle napełnioną.

Stosunek pochwy do organów sąsiednich jest tego rodzaju, że pochwa może być w różnych kierunkach mniéj lub więcéj przesuniętą. Ruchomość jéj jednak w górnym odcinku jest daleko znaczniejszą aniżeli w dolnym, daléj znaczniejszą jest w tylnéj aniżeli w przedniéj ścianie. Zewnętrzny koniec pochwy przechodzi w przedsionek, a za pośrednictwem tego ostatniego pozostaje ze skórą w łączności, wewnętrzny zaś uczepiony jest do ruchoméj macicy. Wzdłuż przedniéj ściany w dolnéj połowie przebiega cewka moczowa, w górnéj zaś pęcherz moczowy przylega do niéj swą tylną dolną ścianą. Połączenie w dole między cewką moczową a pochwą jest ściślejsze aniżeli w górze z pęcherzem. Ten ostatni bowiem jest połączony tylko wiotką bardzo tkanką łączną, podczas gdy cewka moczowa oprócz ściślejszego łącznotkankowego połączenia jest wraz z pochwą otoczona mięśniem zdziergaczem Luschki. Połączenie z organami sąsiedniemi na przedniéj ścianie jest daleko silniejsze aniżeli na tylnéj, gdzie tylko w samym dole z rzycią jest ściślejsze a raczéj stalsze, podczas gdy więcéj już ku górze z odbytnicą jest bardzo wiotkie za pomocą tkanki łącznéj, która dozwala obu organom przesuwać się obok siebie. W górnéj połowie od tyłu jest pokryta blaszką otrzewny, która zbiegając z macicy po pochwie ku dołowi tworzy zatokę Douglasa i na odbytnicę się przegina. Blaszka ta otrzewny bardzo tylko wiotko pochwę pokrywa. Reszta ścian pochwy, o ile ona ani z cewką moczową, ani z pęcherzem moczowym, ani z odbytnicą, ani wreszcie z opisaną blaszką otrzewny nie jest w łączności, otoczona jest tkanką łączną, która w dole jest zbitszą i łączy pochwę z mięśniami tworzącemi dno miednicy małéj, jużtéż z jéj powięziami; w górze zaś jest o wiele więcéj wiotką i przechodzi w wiotkie utkanie tkanki łącznéj między blaszkami więzów szerokich.

Utkanie mięśniowe pochwy. Ściany pochwy składają się z trzech warstw, a mianowicie idąc od wewnątrz: z błony śluzowéj, z najgrubszéj warstwy mięśniowéj i tkanki łącznéj okalającéj. Budowa błony śluzowéj pochwy nie wchodzi w zakres niniejszéj pracy, przeto jéj omawiać nie będziemy odsełając czytelnika do dzieł anatomicznych. Bliżéj musimy się zastanowić nad utkaniem warstwy mięśniowéj.

Utkanie mięśniowe różnie opisują autorowie. Luschka [1]) powiada, że warstwa mięśniowa pochwy składa się z mięśni gładkich, z których jedne przebiegają okrążająco, drugie podłużnie; że mięśnie okrężne leżą tuż za błoną śluzową, podłużne zaś silniéj rozwinięte leżą na zewnątrz. Za nim z nowszych autorów idzie Breisky [2]), który znalazł takie same utkanie z wyjątkiem tylko *columna anterior*, gdzie wi dział wiązki mięśniowe podłużne przebiegające po za błoną śluzową, okrężne zaś na zewnątrz. Breisky daléj cytuje zdanie Toldta, który twierdzi, że znajduje się zewnętrzna warstwa mięśni podłużnych a wewnętrzna okrężnych, którato ostatnia jednak nie jest jednostajną i mieści w sobie jużto podłużnie jużtéżto skośnie przebiegające wiązki. Henle [1]) utrzymuje, że wiązki podłużne przebiegają bliżéj błony śluzowéj, na zewnątrz zaś okrężne. Podobnie twierdzą Klein [2]) i Frey. [3]) (C. d. n.)

[1]) l. c. 387. — [2]) l. c. str. 7.

[1]) l. c. str. 446. — [2]) *Klein w Strickera Handb. Leipzig* 1871 p. 160. — [3]) Frey *Handb. der Histolog. Leipzig* 1876 p. 543.

II. Kilka słów o wynicowaniu macicy i przypadek wyleczenia go.

Podał
Dr. Władysław Bylicki,
b. asystent kliniki ginekolog.-położniczéj prof. Madurowicza,
lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

Przypadki wynicowania macicy wydarzają się bardzo rzadko i to do tego stopnia, że i lekarze rozporządzający znacznym materyjałem szpitalnym lub klinicznym wykazać mogą zaledwie kilka lub kilkanaście przypadków obserwowanych. Przez cały czas mojéj 16-letniéj praktyki, z których 7 przypada na szpitalną i kliniczną, miałem sposobność tylko dwa razy widzieć to zboczenie. Pierwszy przypadek zawdzięczam uprzejmości koleżeńskiéj Dra Stroynowskiego, drugi zaś wydarzył się w mojéj własnéj praktyce, na wiosnę roku zeszłego.

Korzystając zatém ze sposobności podzielenia się z kolegami przebiegiem leczenia i wynikiem tegoż, poprzedzę rzecz krótkim wstępem o wynicowaniu macicy w ogóle.

Wynicowaniem nazywamy taką zmianę wzajemnego stosunku ścian macicy, że jéj powierzchnia wewnętrzna, t. j. powierzchnia błony śluzowéj, staje się zewnętrzną, a kształt staje się odwrotnym, w ten sposób, że dno macicy wynicowane znajduje się w pochwie nisko, szyja zaś macicy wyżéj.

Przyczyny wywołujące ten stan działają albo na macicę połogową, zatém tuż po porodzie lub na macicę niepołogową. Nas głównie zajmować będą przypadki należące do pierwszego działu *Inversio uteri puerperalis*, gdyż te ze względów praktycznych są najważniejsze i najtrudniejsze do leczenia.

Powszechnie wiadomą jest rzeczą, jak silnie można ręką uciskać macicę w trzecim okresie porodowym lub po tymże, gdy takowa się kurczy, bez wszelkiéj obawy wynicowania jéj. Wiadomo także, jak silnie często akuszerki w celu przyspieszenia wyparcia łożyska ciągną za pępowinę, tak że ją odrywają, a mimo to wynicowanie nie następuje.

Jakkolwiek zatém wynicowanie macicy powstaje najczęściéj skutkiem silnego uciskania dna od zewnątrz lub pociągania od wewnątrz, to jednak potrzebném jest jeszcze koniecznie istnienie równoczesne dwóch warunków, które ku szczęściu chorych nieotoczonych umiejętną opieką rzadko się schodzą. Warunkami temi są: znaczna wiotkość i cienkość ścian czyli porażenie ścian chwilowe obok wiotkości i znacznego rozszerzenia szyi macicznéj. Hennig podnosi jeszcze jako ważny warunek powstania uczepienie się łożyska w samém dnie macicy.

Jakkolwiek uznać musimy jako najczęstszą przyczynę wynicowania ucisk od zewnątrz obok powyżéj wymienionych a rzadko się schodzących warunków, to jednak nie należy być bezwzględnym w przypisywaniu winy akuszerce, gdyż

wynicowanie może się wydarzyć i całkiem samoistnie, bez niczyjego przyczynienia się.

Kurcząca się należycie macica ma dążność zwiększania swéj wypukłości i to samo, nawet nie uwzględniając znacznego zgrubienia mięśnia w stanie skurczu będącego, jest skuteczną przeszkodą do wynicowania. Odwrotnie znowu macica porażona o ścianach całkiem wiotkich cienkich okazuje skłonność do zapadania się dna ku środkowi w pewnych warunkach.

Jak łatwo porażona macica może się wynicować, przekonać się można wykonywając cięcie cesarskie na trupie (K. Braun[1]), a najlepiéj uwidoczniają to przypadki, w których nastąpiło wynicowanie po śmierci równocześnie z wyparciem dziecka lub zaraz potém (Reimann)[2]). Jeżeli zatém wyparcie dziecka nastąpi szybko bardzo a macica popadnie w chwilowy bezwład i nie zdąży szybkim skurczem zastósować się do odmiennych stosunków wypełnienia, to samo działanie tłoczni brzusznéj jest tym czynnikiem, pod którego wpływem może nastąpić wynicowanie samoistne.

Tak samo może się to wydarzyć nie bezpośrednio po porodzie, jeżeli macica zostanie znacznie wypełnioną i rozszerzoną krwią, zatém skrzepami i nagle biernie wypróżnioną działaniem tłoczni brzusznéj towarzyszącém kaszlowi, wymiotom lub parciu mocnemu.

Wynicowanie może nie nastąpić odrazu lecz w ten sposób, że porażona górna część macicy zapada się ku jamie aż do ujścia uwięzgłego lub niżéj nawet a dopiero kurcząca się część dolna chwyta ją i wypycha ku pochwie tak jak przedmiot śliski wysuwający się z kurczącego się pierścienia. Tak samo przypuszczać należy, że tenże sam skurcz przeszkadzać może wynicowaniu i umożebnić samoistne od nicowanie.

Jeżeli wynicowanie nie zostanie od razu rozpoznaném i odprowadzoném, co bardzo łatwo udaje się tuż po porodzie, to położnica albo ginie skutkiem gwałtownego krwotoku, lub jeżeli część niewynicowana czyli szyja macicy obciśnie się kurczowo naokoło części wynicowanéj, to może nawet krwotoku nie być, lecz chore łatwo ulegają bezpośredniemu zakażeniu lub sprawom zapalnym lub téż, jeżeli i to nie nastąpi, to macica zwija się w tém położeniu i wówczas mamy do czynienia z wynicowaniem zaniedbaném czyli przewlocznem.

Jeżeli teraz uwzględnimy warunki potrzebne do powstania wynicowania tuż po porodzie i warunki, które są konieczne, aby chora nie zginęła z bezpośrednich lub pośrednich skutków tego stanu, to nie będziemy się dziwić, że wynicowanie przewlekłe macicy bywa tak rzadko przedmiotem leczenia.

Ze szczegółów anatomicznych nadmienię tylko, że wynicowanie dotyczy samego ciała macicy i co najwięcéj górnéj części szyi, zatém naokoło części wynicowanéj zawsze znajdujemy obrączkę utworzoną z części niewynicowanéj. Głębokość téj obrączki czyli rynienki rzadko wynosi więcéj niż 1cm. i większą jest z przodu niż z tyłu, z powodu ściślejszego i szerszego połączenia z pęcherzem moczowym.

Obrzęk, który tworzy w pochwie wynicowana macica, bywa od wielkości dużego orzecha włoskiego do wielkości dużéj pięści, stosownie do czasu trwania i stopnia zwinięcia macicy *(Involutio)*, kształtu kulistego lub wydłużonego, zbitości miękkiéj lub w starszych przypadkach obrzęk bywa twardy przechodzący ku górze w część zwężającą się w kształcie grubéj szypuły, wchodzącéj przez otaczające ją ujście w szyję maciczną, która tworzy naokoło niego opisaną powyżéj obrączkę i rynienkę. Powierzchnia wynicowanéj macicy przedstawia cechujące czerwono-sine zabarwienie i bywa gładką lub pagórkowatą, miejscami pokrytą skrzepami krwi i łatwo broczącą. Na obrzęku można niekiedy wybadać ujścia trąbek macicznych (Runge).

Od jamy brzusznéj przedstawia się wynicowanie jako lejkowate zagłębienie, w którego ciasny otwór, mający do $^1/_2$cm. tylko średnicy, wchodzą więzy szerokie, okrągłe i jajnikowe. Otwór ten może być sprawami zapalnemi jeszcze więcéj zaciśniętym lub może zaróść zupełnie.

W świeżych przypadkach zawiera wynicowana macica stale i jajniki, a przypadkowo pętle kiszek lub sieć, lecz w miarę zwijania się jéj wchodzą te narządy z powrotem do jamy brzusznéj.

Objawy i przebieg, rozpoznanie. Chore cierpiące na wynicowanie macicy, zawsze są uderzająco niedokrewne. Powłoki ogólne bywają przeźroczysto-blade, jakotéż wszystkie dostępne badaniu błony śluzowe. Jako przyczynę téj niedokrewności podają krwotoki i krwawienia, datujące od ostatniego porodu. Krwotoki występują jako bardzo zwiększone i długo trwające krwawienia miesięczne. Menorrhagiae — jakotéż i krwawienia poza okresem miesiączkowym wywołane każdém znużeniem, parciem na stolec, spółkowaniem itd. Rychło téż niedokrewność, która ma początek już w utracie krwi po porodzie samym, powiększa się jeszcze i dosięga stopnia najwyższego. W czasie wolnym od krwawień pojawia się wydzielina surowiczo śluzowa lub ropiasta. Z innych objawów podnieść należy uczucie parcia ku dołowi, bóle w krzyżach i dolnéj części brzucha.

Bywają jednak przypadki wynicowania bez krwotoków i to prawdopodobnie wówczas, gdy wynicowanie nastąpi w okresie bliskim zwrotu płciowego *(Climax)*. West i Späth podają zupełny brak krwawień w czasie karmienia, które wystąpiły dopiero po odstawieniu dziecka. Silne skurczowe zasznurowanie szyi naokoło części wynicowanéj może wywołać zgorzel téjże.

Rozpoznanie zadawnionego wynicowania połogowego jest łatwém, jeżeli obrzęk, który tworzy w pochwie część wynicowana, nie jest bardzo wielkim i napiętym. Podobieństwo do ukleja włókniakowego, który szeroką szypułką wchodzi w szyję maciczną jest wprawdzie bardzo wielkie, lecz niezaniedbanie dokładnego badania zawsze może wątpliwości usunąć. Wynicowanie cechuje się tém, że część węższa obrzęku czyli szypułka wrzekoma nie wchodzi głęboko w szyję, lecz ze wszystkich stron otoczona jest ślepo zakończoną głębszą lub płytszą rynienką, będącą granicą wynicowania się szyi i przechodzącą bezpośrednio w część wynicowaną. Jeżeli zatém wybadamy palcem granicę wynicowania i obejdziemy ją dokoła, to objaw ten sam przez się wystarcza do rozpoznania. Jeżeli szyja macicy jest długą, tak że palec nie dosięga do dna rynienki, to wynicowanie szyi powstające za pociąganiem macicy także upewnia rozpoznanie (Veit-Scanzoni), lub użycie sondy, która wykaże, że obok obrzęku nie można wsunąć jéj wyżéj niż na 2cm. z żadnéj strony. To badanie jednak jest już mniéj pewném, gdyż przeszkody sondowania istnieć mogą i często istnieją i obok polipów. Jeżeli z powodu znacznéj wielkości obrzęku zbywa tych cech patognomonicznych, to należy uwzględnić wywiady i cechy samego obrzęku, otrzymane z dotykania i oglądania. Wywiady wykażą nam bezpośredni związek

[1]) *Lehrbuch der ger. Gynäcol. 1881.* — [2]) *Über Geburten nach dem Tode der Mutter. (Arch. f. Gyn. XI).*

choroby z ostatnim porodem. Macica wynicowana jest miękką i wówczas, gdy obrzęk jest dużym, więcéj sprężystą niż polip włókniakowy, lecz to są cechy niestałe, gdyż z jednéj strony bywają włókniaki uderzającéj miękkości, a z drugiéj strony dawne wynicowanie może posiadać zbitość włókniaka.

Badanie zaś wziernikowe wykazuje cechujące sino-czerwone zabarwienie a wyszukanie ujścia jednéj lub obu trąbek jest cechą rozstrzygającą, lecz rzadko się udaje.

W końcu wynicowana macica jest bolesną przy dotykaniu sondą lub wbiciu haczyka lub igły.

Badaniem złożoném możemy nawet w trudnych przypadkach uzyskać równie niezbite cechy wynicowania i dla tego nigdy nie należy tego badania zaniechać. Tu zaleca się badanie równoczesne przez odbytnicę i powłoki brzuszne po dokładném wypróżnieniu odbytnicy i pęcherza moczowego i to w razie konieczności w narkozie. Dwoma palcami wsuniętemi wysoko w odbytnicę i drugą ręką ugniatającą powłoki brzuszne możemy przekonać się albo o istnieniu macicy na właściwém miejscu lub o braku takowéj, a wówczas możemy wybadać wchodzące w otwór opisanego lejka postronkowate więzadła.

L e c z e n i e. Uleczenie zadawnionego wynicowania polega na przywróceniu prawidłowego stosunku ścian wepchnięciem całkowitém dna i ciała macicy przez ujście zewnętrzne i szyję, odnicowanie.

Odnicowanie samodzielne *(Reinversio spontanea)* wydarza się nader rzadko. Najwiarogodniejszy przypadek taki opisał S p i e g e l b e r g. U choréj, która w jego klinice leżała przez dwa tygodnie bez leczenia w celu pokazania jéj uczniom, powstała w tym czasie silna biegunka, poczém badanie wykazało brak wynicowania. S c h a t z tłumaczy sprawę tę w ten sposób, że w czasie spokojnego leżenia macica podniosła się w górę, przez co wiązadła w lejek wchodzące skróciły się a w czasie silnego parcia, towarzyszącego biegunce, ucisk śródbrzuszny spychał szyję ku dołowi, podczas gdy skrócone wiązadła nie dozwalały wynicowanemu ciału macicy obniżyć się, czyli pociągały za nie ku górze i skutkiem téj złożonéj akcyi nastąpiło odnicowanie.

Celem przywrócenia stosunków prawidłowych układamy chorą uśpioną w położenie grzbietowe pośladkowe i staramy się dwoma lub trzema palcami prawéj ręki wsuniętemi w pochwę wepchnąć podniesione dno w szyję maciczną, spychając równocześnie od powłok brzusznych tę ostatnią ku dołowi. Podniesienie dna aż do wysokości ujścia zewnętrznego zwykle bywa łatwém, a trudności odprowadzenia dopiero od téj chwili się rozpoczynają, tak że odnicowanie prawie nigdy nie udaje się przy pierwszém posiedzeniu. Trudności mają polegać głównie na wielkości i niepodatności wynicowanéj macicy, jakoteż skurczowém zaciskaniu się szyi i ujścia zewnętrznego. Trwanie wynicowania nie zawsze pozostaje w prostym stosunku do łatwości lub trudności odnicowania, gdyż wydarzają się przypadki dość świeże, w których okazało się ono niemożebném, podczas gdy udało się u bardzo zadawnionych. B e i g e l odnicował wynicowanie trwające lat 9, N ö g e r r a t h l. 13, W h i t e 15 i 30 lat.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przyczynek do leczenia niepłodności wywołanej przodozgięciem macicy.

Podał
Dr. Maksymilijan Kohn,
b. sekundaryjusz Prof. Madurowicza.

Mimo rozlicznych a ścisłych badań już to na żywych zdrowych lub chorych kobietach, już to na trupie przedsiębranych, zdanie anatomów i ginekologów o prawidłowém ułożeniu macicy względem swéj własnéj osi i względnie do osi miednicy, dotychczas jeszcze nie jest zupełnie jednobrzmiącém. B l a n d i n w roku 1838 uważał tyłopochylenie macicy za stan prawidłowy, w topograficznéj anatomii P i r o g o w a wydanéj w r. 1859 odpowiedni rysunek przedstawia macicę w tyłopochyleniu, i jeszcze rysunek L u s c h k i z r. 1873 *(Die Lage der Bauchorgane des Menschen)*, przedstawiający przecięcie na zamrożonym trupie dokonane, okazuje tyłopochylenie macicy. Podobnież rysunek B r a u n e g o przecięcia trupa ciężarnéj w 8-mym tygodniu (*Topographisch-anatomischer Atlas 1875*). Inni autorowie przodopochylenie lub przodozgięcie macicy uważają za prawidłowe; najprzód B o u l a r d i C u s c o w r. 1853, późniéj K ö l l i k e r, C h i a r i, B r a u n, S p ä t h, C r e d é na podstawie licznych badań. *(Archiv für Gynaekologie 1870, Bnd. I.)*. L a n g e r h a u s robiąc kilkadziesiąt przecięć przez trupy noworodków żeńskich zamrożone, do tych samych dochodzi wniosków *(Archiv für Gynaekologie 1878. Bnd. XIII.)*. B. S. S c h u l t z e usiłował przez badanie kobiet zgłębnikiem i kątomierzem oznaczyć prawidłowe ułożenie macicy i orzekł, że każda prawidłowo ułożona macica wobec próżnego męcherza znajduje się w stanie mniejszego lub większego przodozgięcia. Mniema on, że podczas wypróżnienia męcherza powstaje przodopochylenie macicy, które skutkiem ucisku śródbrzusznego zmienia się na mniejsze lub większe przodozgięcie macicy. Rozróżnia on też dobitnie przodozgięcie nieznaczne, jako prawidłowe, od przodozgięcia pod ostrym kątem, jako nieprawidłowego. Pierwsze znika przy napełnieniu męcherza i zostaje przodopochylenie, ostatnie jest stałém i jest najczęściéj według niego skutkiem sprawy chorobowéj (*Parametritis posterior*). J. K o c k s na podstawie licznych obserwacyj uważa przodopochylenie macicy za stan normalny. (*Die normale und pathologische Lage und Gestalt des Uterus. Bonn. 1883*). Do takichże wniosków dochodzą M. S i m s i A. K ö l l i k e r w późniejszéj swéj pracy. (*Über die Lage der weiblichen inneren Geschlechtsorgane. Bonn. 1882*) Ja sam byłem naocznym świadkiem pilnych badań już to na żywych kobietach, już to podczas laparotomij, już to wreszcie na trupach dokonanych przez mego nauczyciela profesora R o k i t a n s k y e g o w Wiedniu, który na podstawie swych badań przodopochylenie macicy uważał za stan prawidłowy i do dziś dnia żywo mam w pamięci używane przez niego do demonstracyi preparaty, których kanał był lekko łukowato naprzód pochylony bez wszelkiego choćby najrozwartszego kąta zagięcia. B a n d l w pięknej pracy opisuje sposób swego badania. *(Archiv für Gynaekologie 1884. Bnd. XXII.)*. Badał on 1-mo uważnie kobiety żywe zdrowe i chore, 2-o przed i podczas laparotomij, 3-tio badaniem skombinowaném na trupach przed i po otwarciu jamy brzusznéj i wreszcie 4-to badał porównywając liczne preparaty macic z trupów wydobytych. Uważa on przodopochylenie macicy za stan normalny, oświadczając jednak przytem, że i nieznacznego a zmiennego przodozgięcia bez bardzo wybitnego kąta jeszcze za stan chorobowy uważać nie można. Takiemiż zasadami i nasza szkoła tutejsza się kieruje. Ponieważ każdy lekarz do pewnych musi w życiu praktyczném przyznawać się zasad i pewnemi systematycznie ułożonemi kierować się winien pojęciami, sądzę więc, że nie będzie zbyt nieskromnie, jeżeli i własne w tym kierunku wyjawię zapatrywanie.

Dla mnie macica łukowato naprzód lekko pochylona,

lub prosta, której kanał przebiega bez kątowatego zagięcia, jest idealnie prawidłowo ułożoną. *Uterus anteversus* zatém, bez względu na jego pozycyję względem osi miednicy, jest dla mnie normalnym pod względem ułożenia względem własnéj osi. Prawdą jest, że lekkie zgięcia kanału macicznego pod kątem rozwartym lub prostym niekoniecznie jeszcze muszą wywołać dolegliwości lub sprawy chorobowe, jednakże choć nie stają się przedmiotem zabiegów leczniczych, nie mniéj nie można uważać ich, zdaniem mojém, za stan idealnie prawidłowy.

Inaczéj ma się rzecz z zagięciami kanału macicznego pod kątem ostrym wywołującemi zazwyczaj już to mniéj lub więcéj przykre dolegliwości i następstwa, a będącemi najczęściéj także następstwem przebytych spraw chorobowych. Pomijam tu tyłozgięcia macicy i rozliczne pozycyje macicy względnie do osi miednicy, jako nienależące do zakresu objętego niniejszą pracą, a ograniczam się tylko do wysokich stopni przodozgięcia macicy dość nie rzadko stosunkowo napotykanych. Pominę tu także wszystkie dolegliwości i następstwa będące następstwem téj zmiany, a zastanowię się nad przodozgięciem macicy znacznego stopnia tylko o tyle, o ile ono wchodzi w styczność ze sprawą zapłodnienia i zastąpienia, gdyż na dziś tylko o tyle jest ono przedmiotem naszéj dyskusyi.

Stosunkowo bardzo częste odnalezienie macicy w stanie przodozgięcia mniéj lub więcéj znacznego u kobiet badanych musi mieć także swoje przyczyny, jak skoro stan ten uważamy za nieprawidłowy. I tak jest rzeczywiście. Jeżeli odliczymy pewną nieznaczną liczbę przypadków na zmiany wrodzone, reszta ma za przyczynę sprawy zapalne śród- i okołomaciczne. Etyjologija ta jest bardzo prostą. Wiemy o tem dobrze, że błona śluzowa szyi macicznéj tak u kobiet, które rodziły, jak też u tych, które nie rodziły, a nawet u dziewic, nie rzadko jest miejscem odbywających się spraw zapalnych już to ostrych, przyostrych, już też to przewlekłych. Przyczyna tych spraw może być najrozmaitszą, począwszy od zaziębienia, narażania się podczas regularności i t. d., aż do zakażenia rzeżączkowego, któreto ostatnie E. Martin i E. Noeggerath całkiem niesprawiedliwie generalizują za najczęstszą przyczynę wszelkich chorób kobiecych. Sprawy te zapalne w szyi macicznéj umiejscowione najczęściéj bez dolegliwości, powolnie, ukryto i bez oznak przebiegające u kobiet, które rodziły, od wrębów w ujściu rozpocząć się mogą. Wiadomém jest daléj, że choroba błony śluzowéj szyi macicznéj często i łatwo przenosi się na tkankę łączną okołomaciczną i tamże występuje (*Pelveocellulitis*), jakkolwiek droga ta ma przerwę w ciągłości, gdyż sam miąższ macicy może być chorobowo wcale niezajętym. Jaką drogą choroba się przenosi, czy przez naczynia chłonne, na to odpowiedzi dotychczas nie mamy, jakkolwiek Billroth i inni badacze nad tą przerwą ciągłości chorobowéj wiele pracowali. Fakt ten jednak jest pewnym i ma swą analogiję w podobnych sprawach w krtani i około niéj, w żyłach i ich otoczeniu itp. Sprawa zapalna rozwija się zwolna, bez znacznych dolegliwości w parametrium, bardzo często tylném, przechodzi często na część otrzewny, jamę Douglasa wyścielającéj, a przebiegłszy ukryta kończy się tém, że produkt zapalenia, wysięk, zostaje zorganizowanym, przeobraża się w bliznę, która kurcząc się i tylne sklepienie i część pochwową macicy za sobą w tył pociąga. Szyja macicy skutkiem tego przebytego procesu staje się mniéj podatną, grubszą, ciało i dno macicy staje do części pochwowéj pod mniejszym lub większym kątem na przedniéj ścianie macicy otwartym i przodozgięcie macicy jest wytworzoném. I inne mogą znaleźć się przyczyny: włókniak w przedniéj ścianie ciała macicy lub w dnie macicy umieszczony zgina ją naprzód swym ciężarem itp.

Rozpoznanie znaczniejszego przodozgięcia macicy, a o takiém tylko dziś mówimy, nie sprawia zazwyczaj żadnéj trudności. Najważniejsze oznaki patognomoniczne przodozgięcia macicy przy badaniu głównie się okazujące są następujące:

Przy badaniu skombinowaném napotykamy dalszy ciąg macicy po za częścią pochwową skierowany naprzód i do części pochwowéj pod mniéj lub więcéj ostrym kątem zgięty. Konsystencyja miąższu macicy nie jest jednolitą, a zazwyczaj szyja jest w całości lub miejscami znacznie twardszą od ciała macicy. Tak samo też i szyja mniéj jest giętką i podatną i w stosunku do ciała grubszą. Ściągnięcie macicy haczykiem na dół jest trudniejszém i nie do tego stopnia wykonalném jak przy macicy prawidłowéj. Sondując kanał macicy zwykłą, łukowato wygiętą sondą maciczną o 3 milim. grubości, prawie zawsze napotykamy, a najczęściéj w wysokości ujścia wewnętrznego na opór. Jeżeli zagięcia kątowego nie staramy się wyrównać, sondowanie staje sięczęsto bardzo trudném a czasem przy zgięciach pod ostrym bardzo kątem wprost niemożebném. Dopiero, jeżeli sondę mocniéj zakrzywimy, doszedłszy do kąta zagięcia trzonek jéj mocno na dół spuścimy a równocześnie palcem wprowadzonym do pochwy ciało macicy z przedniego sklepienia ku tyłowi i górze odpychamy, lub zgięcie w ten sposób wyrównać się staramy, że przednią ścianę macicy haczykiem w przednią wargę ust macicznych wbitym naciągamy, natenczas często, ale nie zawsze, sonda wchodzi do jamy macicy, a po wyjęciu jéj w ujściu zewnętrznem najczęściej kropla krwi się okazuje. Część pochwowa przy przodozgięciach macicy wydaje się pozornie nieco wydłużoną, a to ztąd pochodzi, iż miejsce przyczepienia pochwy do macicy zbliżnowaconą a tém samém skróconą tkanką łączną *parametrii post.* zostaje wyciągniętém ku górze i tyłowi. Wreszcie część pochwowa trudniéj wstawia się w wziernik rurkowy, i czasem tylko przednią wargę w nim widzieć można.

Omówiwszy pokrótce etyjologiję i rozpoznanie przodozgięcia macicy, musimy obecnie odpowiedzieć na pytanie, czy i jakie znaczenie ma przodozgięcie macicy znacznego stopnia pod względem zapłodnienia a względnie niepłodności kobiecéj? Jeżeli weźmiemy na uwagę przodozgięcia macicy pod bardzo ostrym kątem, przy których sondowanie kanału macicznego albo tylko z wielką trudnością albo też wcale się nie udaje, a przy takich tylko o polecić się mającej metodzie leczenia chcę mówić, to przyznać musimy, i jestto zupełnie jasném, że światło kanału macicznego w miejscu zgięcia koniecznie ucierpieć musiało, że albo jest całkiem zniesioném albo co najmniéj mocno zwężoném. Sprawa ta uwydatnia się najprościéj na prostéj elastycznéj rurce drenowéj o mniéj lub więcéj obszernym otworze. Zegnijmy rurkę choćby dość grubą mocno pod bardzo ostrym kątem, a światło kanału zginie i nie tylko sondy nie przeprowadzimy przez to miejsce, ale nawet płyn przez zagięcie się nie wydostanie. Każdy z nas z pewnością na rurach irygatorów nieraz fakt ten sam spostrzegał. Innemi więc słowy: w miejscu bardzo ostrego przodozgięcia macicy powstaje albo zupełna chwilowa niedrożność kanału macicznego, albo też bardzo znaczne zwężenie kanału macicznego, które musimy nazwać względném, gdyż wyrównywając w jakikolwiek sposób zgięcie, znosimy zwężenie. (*Stenosis cervicis uteri relativa*).

Możemy więc obecnie pytanie, jakie sobie powyżej zadaliśmy, zmienić na następujące: Jakie znaczenie ma niedrożność kanału macicznego albo znaczne jego zwężenie pod względem zapłodnienia a względnie niepłodności kobiecéj?

Pytaniem tém wchodzimy w kwestyję przeszkód mechanicznych, w kwestyję bądź co bądź jeszcze nieco sporną, a przynajmniéj z niektórych stron w wątpliwość podawaną i dla tego mimo chęci jak najkrótszego i najzwięźlejszego przedstawienia całéj sprawy, choć kilka słów poświęcić jéj musimy.

Przez przeszkodę mechaniczną w zapłodnieniu rozumiemy taką zmianę w ustroju, która nie dozwala, aby plemniki dostały się do jamy macicznéj. Zmiany takie mogą być usadowione już to w pochwie, jużteż w macicy itd. Nas w téj chwili obchodzą tylko zwężenia kanału macicznego, a szczególnie zwężenia lub zamknięcie tegoż kanału z przodozgięcia powstałe.

Nie od rzeczy będzie przytoczyć tu na wstępie doświadczenia weterynarzy i hodowców na bydle i koniach poczynione. Francuzki jenerał Daumas w swém dziele o koniach Sahary opowiada, iż Arabowie u klaczy niepłodnych z częstym bardzo skutkiem już to ręką, już to tępemi a twardemi przedmiotami rozszerzają szyję maciczną. Weterynarze francuzcy André, Eleonet i M. A. Collin także zwężenie szyi macicznéj lub ust macicznych często jako przyczynę niepłodności u zwierząt rozpoznawali i odpowiednim zabiegiem leczniczym osiągnęli korzystne wyniki. F. v. Walther zwraca uwagę na postępowanie chłopów w Tyrolu, którzy ze skutkiem rozszerzają u krów zwężone usta maciczne za pomocą nacięcia. Podobnież zapatrują się M. Boaley, Böhm i Fuchs.

Dla czegóż u ludzi miałoby być inaczéj? Faktem jest, iż przy zwężeniach szyi macicznéj, a szczególnie przy rozmaitych zgięciach tychże spotykamy nader często niepłodność i tylko nieustalone zapatrywanie jednolite, co uważać należy za macicę zgiętą, a co za prawidłową, nierozróżnianie dokładne nazwy, terminu, jak to nawet u Schultzego spotykamy, wywołało sądzę rozmaite na wartość przeszkód mechanicznych zapatrywania. W metodzie porównawczo-statystycznej szkoły niemieckiej także wiele grzechów w tym kierunku poczynionych upatruję. I tak: gdy Marion Sims w r. 1855 w swém sławném dziele *(Gebärmutterchirurgie)* w jasny i prosty sposób opisał mechaniczne przeszkody, jakie plemniki w szyi macicznéj napotykają, wywody jego zyskały nietylko gorący poklask u ginekologów, ale i sposób leczniczy przez niego podany znalazł licznych, ba nawet, śmiało rzec można, zanadto licznych naśladowców. Szkoła niemiecka opanowawszy jakąkolwiek zdobycz naukową popularyzuje ją szybko, wykonywa w nader licznych razach, próbuje szybko po za granicą wskazań podanych przez autora i z setek przypadków czyni wnioski statystyczne o wartości podanych odkryć lub projektowanych operacyj. Rzecz jasna, że operacyje często w takim licznym poczcie przypadków wykonane bez ścisłego wskazania, próbowane jako środek leczniczy, gdzieby go użyć nie należało według zapatrywań autora, nie mają też dodatniego rezultatu i dyskredytują najlepszą nieraz metodę, ale źle zastósowywaną. Tak stało się w Niemczech z cenioną do dziś dnia wysoko w Anglii i Ameryce operacyją Emmeta przy ektropium, tak też stało się z teoryją mechanicznych przeszkód Simsa. Poklask entuzyjastyczny zrazu, po zanadto licznėm a niestósownėm użyciu zabiegów podanych zwrot również skrajny. Pierwszy Scanzoni swą krytyką zwrot ten rozpoczął, a ten ostatni doszedł do tego stopnia, że np. B. Schultze i H. Fritsch zgięciom macicy prawie żadnego nie przypisują znaczenia, tłumacząc towarzyszącą im niepłodność innemi zmianami po za macicą leżącemi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Madurowicza.

O cięciu cesarskiém wykonaném na karlicy według metody Porry.

Podał
Dr. Stanisław Braun,
Iszy asystent téjże kliniki.

W ciągu ostatnich lat dwudziestu pięciu wykonano w klinice prof. Dra Madurowicza obok rozlicznych operacyj położniczych dwa razy cięcie cesarskie na kobietach żywych. Po raz pierwszy rozwiązano kobietę tą drogą sztuczną w r. 1870 (*Przegląd Lekarski*, 1870, Nr. 20, 21, 22, 24), gdy płód nie mógł się urodzić drogą naturalną z powodu znacznego zwężenia miednicy przez nerwiak wychodzący z nerwu kulszowego prawego niedający się wysunąć do jamy brzusznéj, gdyż był ściśle zrośnięty ze ścianami miednicy i wypełniał tę ostatnią zupełnie. Wtedyto dokonano cięcia cesarskiego według metody staréj, to jest po otwarciu jamy brzusznéj i jamy macicy wydobyto płód i popłód, poczém nad macicą niezeszytą w ranie zeszyto powłoki brzuszne. Płód urodził się lekko omdlały i został wkrótce docucony; matka zaś umarła trzeciego dnia po operacyi z powodu krwotoku z macicy do jamy brzusznéj i zapalenia otrzewny. Zresztą zdarzały się tylko przypadki cięcia cesarskiego dokonywanego po śmierci matki dla uratowania płodu, aż dopiero z końcem listopada 1887 r. nastręczyła się sposobność dokonania cięcia cesarskiego po raz drugi na kobiecie żywéj, którytoprzypadek czytelnikom poniżéj przedstawić sobie pozwolę.

Dnia 28 listopada 1887 r. zgłosiła się do kliniki prof. Madurowicza Zofija K., lat 36 licząca, niezamężna, rodem z Rudawy, a od dłuższego czasu w Krakowie zamieszkała z podaniem, że nigdy nie rodziła ani nie roniła, regularność pierwszy raz w jéj życiu wystąpiła w dwudziestym roku i powtarzała się w regularnych odstępach czasu czterotygodniowych, trwając 3—4 dni, przyczém nie doznawała żadnych boleści, ani téż odpływ nie był zbyt obfity. Ostatnia regularność była w lutym r. 1887, pierwsze ruchy płodowe poczuła w połowie lipca. Przez cały przeciąg czasu od lutego, oprócz kaszlu, czuła się zupełnie zdrową, aż dopiero od dwóch dni doznaje pod wieczór boleści w krzyżach i w dolnéj połowie brzucha. Mocz i stolce oddawała zawsze prawidłowo. Bliższe badanie wykazało stan jéj następujący:

Osoba wzrostu karłowatego, długość ciała od szczytu głowy do pięt wynosi 120cm. Obrzmienia surowiczego około kostek nie ma, końce kości podudzia znacznie zgrubiałe, podudzia oba na zewnątrz wygięte, na żebrach w miejscu przyczepienia się chrząstek różańcowate zgrubienia, mostek w części środkowéj mocno ku przodowi wystający, włosy brunatne, guzy czołowe wybitne, czoło szerokie, nos spłaszczony, wyraz twarzy właściwy matołkom, co jeszcze więcéj uwydatnia się przez obecność wola umieszczonego po lewéj stronie i w środku szyi, wielkości dużego jabłka twardego i przesuwalnego z boku na bok. Głos cichy, chrypliwy, i niewyraźny. Barwa skóry blado ziemista, skóra sucha, cienka, bardzo skąpą ilością tkanki tłuszczowéj podszyta.

Ciepłota ciała niepodwyższona, tętno drobne, spokojne, 86 uderzeń na minutę. Język wilgotny, nieznacznie obłożony, błona śluzowa jamy ust blado różowa. Badanie klatki piersiowéj wykazuje: zagęszczenie miąższu płucnego w obydwóch szczytach, z objawami nieżytu oskrzelowego, tony sercowe czyste ale głuche. Sutki oba miernéj objętości, stożkowate, jędrne, żyły podskórne przeglądają, obwódka brodawek nieco ciemniéj zabarwiona niż włosy, brodawki grube, gruczoły łojowe dobrze zaznaczone, zrazy pojedyncze wyraźne, za uciskiem wydzielają ciecz mętnawą. Brzuch wypuklony, więcéj w kierunku podłużnym, niż poprzecznym, więcéj po stronie lewéj, niż po prawéj, więcéj pod, niż nad pępkiem. Okolica pachwinowa lewa znaczniéj wypuklona przez kiszki zachodzące, gazami rozdęte, okolica pachwinowa prawa płaska. W przegubach pachwinowych i po stronie wewnętrznéj ud, mocne wyprzanie (*venter propendens*), linija środkowa ledwie zaznaczona do pępka, pępek płaski, nad pachwinami nieznaczne rozstępy świeże w skórze, powłoki brzuszne chude, cienkie, mocno napięte. Nad spojeniem łonowém daje się wybadać guz wychodzący z miednicy małéj, na boki się rozszerzający, więcéj nad pachwiną prawą, niż nad lewą, w dole węższy, w górze szerszy, sięgający górną granicą na dwa palce poniżéj wyrostka mieczykowatego, w linii środkowéj umieszczony, o powierzchni gładkiéj, przy ucisku niebolesny i wyraźnie jędrniejący, z boku na bok wyraźnie przesuwalny. Oddalenie od spojenia łonowego do pępka nad tym guzem wynosi 23cm., do granicy górnéj guza brzusznego 40cm. Bliższe obmacywanie tego guza, odpowiadającego macicy powiększonéj, wykazało w nim nad spojeniem łonowém ciało okrągłe, gładkie, twarde, z boku na bok łatwo przesuwalne, mogące odpowiadać główce płodu dziewięciomiesięcznego; idąc od tego ciała ku górze, dał się wyczuć większy opór po stronie prawéj zakończony ciałem dużém mniéj twardém, mniéj gładkiém i mniéj ruchomém, aniżeli ciało nad spojeniem łonowém, a mogącém odpowiadać pośladkom; po stronie lewéj drobnych części ani ruchów wybadać nie można. Tętno płodu wyraźnie słyszalne po stronie prawéj od linii środkowéj, nieco ku tyłowi i poniżéj pępka. Chełbotanie prawidłowe. Badanie palcem przez pochwę wykazało: Wejście do pochwy dosyć obszerne, błona śluzowa pochwy gładka, rozpulchniona, o ciepłocie prawidłowéj, tylna ściana pochwy wypuklona przez kał nagromadzony w odbytnicy. Sklepienie przednie dosyć wąskie, płasko wklęsłe, wypuklające się bardzo mało dopiero przy spychaniu guza brzusznego ku dołowi, przez część większą leżącą nad spojeniem łonowém, która odpowiadała przy badaniu poprzedniém główce, część pochwowa na 1 ½ cm. długa, bardzo miękka, w dole węższa, w górze szersza, zbacza więcéj ku przodowi i na stronę lewą; ujście macicy zewnętrzne tworzy otworek okrągły, wielkości groszku, o brzegach zupełnie gładkich, do ujścia zaledwie koniec palca wchodzi. Kość krzyżowa w górze płaska, w dolnéj połowie zakrzywiona, wzgórek kości krzyżowéj sterczy mocno ku miednicy małéj, nisko umieszczony, daje się z łatwością wybadać palcem a wymiar przekątnéj wynosi 7 ½ cm.

Wymiary miednicy są następujące:

1. Wymiar kolcowy (*Dist. spinalis*) wynosi 20cm.

2. Wymiar grzebieniowy (*Dist. cristalis*) 22cm.

3. Wymiar pomiędzy skrętarzami (*Dist. trochanterica*) wynosi 27cm.

4. Wymiar prosty wchodu zewnątrz (*Conjug. externa*) wynosi 15cm.

5. Wymiar prosty wchodu przekątny (*Conjug. diagonalis*) wynosi 7 ½ cm.

6. Wymiar prosty wchodu miednicy (*Conjug. vera*) wynosi 6cm.

7. Obwód miednicy 65cm.

Badanie moczu odprowadzonego czystym cewnikiem elastycznym wykazało: Zabarwienie wino-żółte, oddziaływanie kwaśne, ciężar gatunkowy 1·018 chlorki prawidłowe, fosforany potasowców i ziem prawidłowe, siarkany prawidłowe, ciała aromatyczne w ilości prawidłowéj. Składników nieprawidłowych jak cukru, białka nie wykryto, w osadzie składniki prawidłowe.

Inteligencyja badanéj bardzo niska, gdyż nie zdaje sobie należytéj sprawy ze stanu, w jakim się znajduje, odpowiada leniwie i daje odpowiedzi nie zawsze zrozumiałe, jest obojętną na otoczenie i przeważnie milczy, pomrukując od czasu do czasu podczas badania, czém wyraża swój gniew i niezadowolenie.

Na podstawie powyższego badania przedmiotowego rozpoznano: że osoba ta jest po raz pierwszy w ciąży, położenie płodu jest czaszkowe drugie, nieustalone, płód żyje, a okres ciąży odpowiada początkowi dziesiątego miesiąca księżycowego, nadto przyjęto, że to położenie nieustalone w tak późnym okresie ciąży u pierwiastki pochodzi ze znacznego zwężenia miednicy, co już ze wzrostu i przy badaniu zewnętrznęm przypuszczano, wykazawszy z jednéj strony długość ciała bardzo małą, z drugiéj zaś strony brzuch obwisły, główkę wysoko nad wchodem umieszczoną, ruchomą i wypuklającą mocno przednią ścianę macicy ku przodowi, a co zresztą badanie wewnętrzne i badanie miednicy potwierdziło; przy badaniu bowiem przez pochwę znaleziono sklepienie przodkowe wysoko umieszczone, wklęsłe, dolny odcinek macicy również wysoko, a część odpowiadającą główce ruchomą z łatwością ku górze wysunąć się dającą, wzgórek kości krzyżowéj nisko umieszczony i z łatwością dający się palcem dosięgnąć, a wymiar prosty przekątny (*conjugata diagonalis*) długości 7 ½ cm. Miednica zaś przy mierzeniu okazała się ścieśnioną we wszystkich wymiarach, a głównie w wymiarze prostym wchodu, przyczém wymiar kolcowy był nie o wiele mniejszy od grzebieniowego, co w obec kości krzyżowéj płaskiéj małéj, ku tyłowi odchylonéj, wzgórka kości krzyżowéj mocno do miednicy małéj wystającego, łuku łonowego szerokiego i miednicy w całości niskiéj i smukłéj dozwalało powiedzieć, że miednica ta jest płaską, ogólnie ścieśnioną, krzywiczą.

Jeżeli wreszcie uwzględnimy niski stopień rozwoju władz umysłowych w tak późnym wieku, głupkowaty wyraz twarzy, wól na szyi, czoło szerokie a niskie, nos spłaszczony, głos cichy, niewyraźny, chrypliwy, to musimy dodać, że osoba ta jest matołkiem, nadto jest karlicą, gdyż długość ciała bardzo mała, a szkielet bardzo drobny i budowy krzywiczéj Co do innych powikłań ciąży, to trzeba uznać za poważny naciek w szczytach płuc.

W obec takiego rozpoznania zadano sobie pytanie, czy poród w danym przypadku jest możebny drogami naturalnemi, czy nie? Zważywszy, że główka płodu ma rozmiary główki płodu prawie donoszonego, wymiary zaś miednicy są znacznie mniejsze, niż prawidłowe i nie odpowiadają wymiarom główki, można było na pewne powiedzieć, że dla tak znacznego niestosunku między wymiarami główki i wymiarami miednicy główka nie zastosuje się do wymiarów miednicy podczas porodu i choćby nawet parta silnemi bólami porodowemi,

nie przejdzie w danym przypadku pod żadnym warunkiem przez przewód rodny. Wiemy wprawdzie z doświadczenia, że pomimo niestosunku pomiędzy częścią poprzedzającą a przewodem rodnym, poród skończy się niekiedy siłami natury, ale do tego potrzeba, aby główka płodu była mała, ściśliwa, kości czaszki miękkie, szwy i ciemna szerokie, i aby główka korzystnie wstawiała się do wchodu, miednica zaś była nieznacznie ścieśnioną, lepiéj, jeżeli ścieśnienie dotyczy jednego, a nie wszystkich wymiarów miednicy, bóle porodowe zaś muszą być silne. Jeżeli zatém poród u naszéj kobiety nie może się odbyć siłami natury dla znacznego niestosunku porodowego, to zachodzi pytanie do jakich środków mamy się uciec, aby go zwalczyć?

Znamy dwa działy środków do tego celu służących: 1) Środki zapobiegające wytworzeniu się niestosunku porodowego. 2) Środki zwalczające już wytworzony niestosunek porodowy.

Wywołanie sztuczne poronienia lub porodu przedwczesnego, sąto środki należące do pierwszego działu i mogłyby znaleźć zastósowanie u naszéj choréj, gdyby się była zgłosiła przed dwoma miesiącami; dziś, gdy ciąża dobiega już swego kresu, wywołanie przedwczesnego porodu byłoby leczeniem nieuzasadnioném. Pozostawał nam tedy cały szereg środków drugiego działu, a tu jak wiemy, należy: wyciąganie płodu za pomocą narzędzi, czyli krótko mówiąc, operacyja kleszczowa i wyciągnięcie płodu za nóżki po dokonanym obrocie.

Jeżeli przypuszczamy, że główka w danym przypadku jest za duża, aby weszła do wchodu, to o operacyi kleszczowéj nie ma co myśleć, według zasad bowiem przyjętych w krakowskiéj szkole położniczéj nie zakłada się kleszczy, jeżeli główka nie jest ustaloną, a tém mniéj, jeżeli leży wysoko nad wchodem. Obrót na nóżki z następowém wyciąganiem płodu również nie byłby usprawiedliwiony w danym przypadku; gdyż, jeżeli istnieje tak znaczny niestosunek w obec główki poprzedzającéj, to takowy może się wprawdzie zmniejszyć, jeżeli główka rodzić się będzie na ostatku, ale w naszym przypadku nie zmniejszy się w takim stopniu, iżby płód mógł się urodzić siłami natury; wydobywanie zaś główki następującéj po obrocie obok miednicy ścieśnionéj, jest jak wiemy, niebezpieczne dla płodu i dla matki. Wydobywanie takie trwa dosyć długo, główka przylega szczelnie do ścian miednicy, ugniata pępowinę i łożysko i przerywa krążenie płodu, w skutek czego płód robi przedwczesne ruchy oddechowe, połyka wodę płodową i dusi się w krótkim czasie, nadto przez silne pociąganie wyciąga się szyjka płodu, pękają więzadła kręgosłupa i następuje śmierć dziecka przez krwotok, naciągnięcie lub rozerwanie rdzenia pacierzowego. Części miękkie matki ulegają przy tym zabiegu mocnemu ugnieceniu, otarciu lub rozdarciu i dają powód nietylko do krwotoków, cięższych spraw zapalnych połogowych, ale mogą stanowić źródło zakażenia. Z tegoto powodu trzymamy się w naszéj szkole téj zasady, że ile razy główka następująca nie przechodzi łatwo przez przewód rodny z powodu zwężenia miednicy, nie pociągamy zbyt silnie płodu dla wydobycia główki, lecz uważamy płód za stracony, czekamy dopóki nie obumrze a wtedy główka miększa zastósuje się łatwiéj do przewodu rodnego i płód albo rodzi się sam, albo wychodzi z łatwością za lekkiém pociąganiem. Tak tedy wymknęły nam się z rąk środki najdzielniejsze, a najłagodniejsze, a pozostałyby tylko cięższe, niebezpieczne dla matki i płodu. Tutaj zaliczamy zmniejszenie płodu i wydobycie go drogą sztuczną. (Dok. nast.)

V. Oceny i sprawozdania.

Ginekologija i położnictwo.

Matlakowski: **Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewny przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia.**

I. Autor w pracy swojéj zebrał umyślnie 25 przypadków otwarcia jamy brzusznéj przez siebie operowanych, głównie na ten akt operacyjny zwracając uwagę, a pomijając w założeniu powód wykonania operacyi. Podaje naprzód 8 przypadków laparotomij, wykonanych w celu wyjęcia jajników zwyrodniałych. Przebieg zazwyczaj był idealnym pomimo wielokrotnych trudności, jakie spotykał, z powodu powikłań wewnętrznych. Jeden tylko z tych przypadków zakończył się śmiercią z powodu zapalenia otrzewny, a to w przypadku, gdzie tak liczne i płaszczyznowe były zrosty z jelitami, siecią i ścianami miednicy małéj, że pomimo 1 $^1/_4$ godziny trwającéj operacyi torbiela w całości nie wydobyto, a pozostałe części dały powód do rozwinięcia się zapalenia otrzewny. W jednym zaś z tych przypadków operacyja skończyła się tylko na otwarciu przez cięcie brzuszne jamy torbiela, ściśle do ściany przedniéj brzucha przyrośniętego i wypuszczeniu z niego treści płynnéj koloru czekoladowego. Ranę obrębiono po wyskrobaniu ściany wewnętrznéj torbiela i opatrzono przeciwgnilnie.

II. Drugi dział laparotomij zawiera 3 przypadki cięcia próbnego, dwa razy przy niepewném rozpoznaniu a raz przy mięśniaku śródściennym macicy. We wszystkich tych przypadkach napotkał operator tak wielkie trudności w dokonaniu operacyi, z powodu licznych, obszernych i bogato unaczynionych zrostów, że ograniczyć się musiał tylko do otwarcia jamy brzusznéj, którą następnie zeszyto, a chore wyleczone opuściły szpital.

III. Następny dział obejmuje 2 przypadki otwarcia jamy otrzewnowéj w celu wyrzezania u kobiet z mięśniakami macicy, gdzie operacyja radykalna z powodu zrostów i niepodatności otaczających tkanin musiała być zaniechaną, a krwotoki maciczne wymagały koniecznie uspokajającego działania. Oba przypadki tak co do operacyi, jakotéż i skutku téjże pomyślnie się zakończyły.

IV. W szeregu dalszych 6 laparotomij zamieścił autor przypadki *Hysterectomia supravaginalis* u osób cierpiących na mięśniaki macicy, przeważnie śródścienne. Wynik 5 operacyj bardzo szczęśliwy. Jeden zaś przypadek zakończył się śmiercią w 8 dni po operacyi, niezależnie jednak od téj ostatniéj, albowiem sekcyja wykazała zator tętnicy płucnéj, który był bezpośrednią przyczyną zejścia niepomyślnego. Należy dodać, że u operowanéj, skutkiem ciągłych krwotoków, przyszło wreszcie do hydremii, co także zgubny wpływ na przebieg mieć musiało. W tych wszystkich przypadkach trzymał się operator metody gojenia pozaotrzewnowéj, pozostawiając obcięty kikut w ranie brzusznéj wszyty. Dla tego zaś dał pierwszeństwo temu postępowaniu, że zestawiając liczbowe rezultaty kilku operatorów jak Schrödera, Olshausena, Martina, Hegara, Kaltenbacha, Keitha i Bantocka uważał za bezpieczniejszy zabieg niewpuszczanie kikuta do jamy brzusznéj, ale szczelnie przez szwy otrzewnowe na szypule niżéj ligatury założone z otrzewną ścienną odgrodzić kikut od jamy otrzewnowéj i mieć zawsze łatwo dostępną tę część, która albo przez krwotok albo przez zropienie mogłaby psuć i niweczyć pomyślny rezultat operacyi.

V. Dłużéj rozpisuje się autor nad przypadkiem laparo-

tomii, dokonanéj u kobiety z ciążą zamaciczną, umieszczając przypadek ten w osobnéj kategoryi. Rozpoznanie z powodu braku dat wywiadowych było wątpliwém, przystąpiono jednak do otwarcia jamy otrzewnowéj, które wykryło naocznie jajo płodowe śród jamy brzusznéj leżące, a licznemi zrostami z ścianą brzuszną i kiszkami pozlepiane. Mimo tych trudności udało się je uwolnić, szypułę odciąć i zaszyć je w dolny odcinek rany, w sposób przy myomotomii przez autora używany. Przebieg zaraz po operacyi był dobrym, ale już drugiego dnia operowana zaczęła słabnąć, a objawy powoli przybierały cech odpowiadających niedrożności jelit, aż wreszcie wystąpiły wymioty kałowe, zapad i chora śród tych objawów umarła. Sekcyja wykazała przeszycie jelita cienkiego szwem okalającym szypułę i zacieśnienie skutkiem tego jéj światła. Przyznając za małe uwzględnienie niektórych objawów temu przypadkowi towarzyszących, jak wydzielania mleka ze sutków i rozmiękczenia i rozpulchnienia macicy, przytacza autor cały szereg znanych operatorów i ginekologów, u których podobne zachodziły pomyłki, jako poparcie faktu istotnego, t. j. nadzwyczajnych trudności w ścisłém rozpoznaniu ciąży zamaciczněj. Przechodzi wreszcie do kwestyi jak i kiedy radykalnie stan taki leczyć należy. Uważając stan obecny chirurgii za zupełnie wystarczający do wykonania zabiegu nawet bardzo ciężkiego, stanowczo ku niemu się przechyla, zwracając uwagę na ważną bardzo okoliczność, t. j. operowania po obumarciu płodu i po ustaniu krążenia łożyskowego, za czém liczni autorowie przemawiają. Wreszcie usuwając nietypowe operacyje przy ciąży zamaciczněj, dzieli autor typowe na 2 grupy: I. przecięcie ściany brzusznéj ściśle z workiem zrośniętéj, z pozostawieniem worka a usunięciem płodu i II. zupełne usunięcie worka, jak przy owaryjotomii. Druga grupa jednak z 3ma modyfikacyjami: 1) z gojeniem szypuły śródotrzewnowém, 2) pozaotrzewnowém z usunięciem worka, 3) częściowe wycięcie pozrastanego worka płodowego, przedrenowanie do pochwy i zeszycie go od jamy otrzewnowéj i zeszycie naostatek rany brzusznéj. Opisany przypadek należał zatém do drugiéj grupy.

VI. Ostatnią grupę 5 laparotomij stanowią przypadki całkowitego wyjęcia macicy przez pochwę. Pierwszy w przypadku całkowitego wypadnięcia macicy i pochwy, resztę z powodu raka części pochwowéj. Trzy ostatnie wykonał operator metodą Brenneckego i uważa ją za najodpowiedniejszą dla téj operacyi, kładąc za główny prawie warunek pomyślnego rezultatu dokładne oczyszczenie pola operacyjnego przed zabiegiem dokonane. Rozpatrując zaś warunki za i przeciw całkowitemu wyłuszczeniu macicy, skłania się autor wreszcie za operacyją, pomimo że wyniki dają jeszcze bardzo mały procent całkowitego wyleczenia. Jeżeli się jednak weźmie na uwagę, ile choréj po takiéj operacyi ulgi przysporzyć można, uwalniając ją od boleści i krwotoków, to w razach, gdy tylko fizycznie jest możebném, godzi się, według autora, całkowitego wycięcia dokonać. (*Gazuta Lekarska* 1887, Nr. 41—48 i 50—51). *Dr. Harajewicz.*

Zagórski: Przyczynek do kazuistyki nietypowych owaryjotomij.

Autor przedstawia przypadek operowany z zejściem pomyślném, z stanem jednak chorobowym i rękoczynem niezwykłym. Kobieta 48 lat licząca miesiączkowała prawidłowo, od 14 do 44 roku rodziła 4 razy, nie chorowała: guz niewielki ruchomy po prawéj stronie w dole brzucha od 3 lat zauważany urósł w ciągu roku do główki kapusty; wśród wcierania maści zniknął z „chlupnięciem"; chwilowa ulga; poczem brzuch wzrasta razem z uczuciem ciężaru; parcie na mocz; obniżanie się macicy aż do zupełnego wypadnięcia. Objętość brzucha kulisto wydętego 98 cm., odgłos tępy oprócz nad *Colon ascend.* i *transv.*, chełbotanie z wyjątkiem okolicy pępka, gdzie mała przepuklina z odgłosem bębenkowym, nad sromem guz niedający się odprowadzić wielkości 2 pięści, mieszczący w sobie macicę opadniętą z owrzodzonemi ustami, wynicowaną pochwę, *Cysto-et rectocele.* W celu rozpoznawczym wypuszczono z brzucha 21 litrów płynu żółtawego, przeźroczystego; poczém odprowadzono macicę; nad nią wybadano przez wiotkie powłoki od prawéj i przodu guz wielkości pięści, częściowo chełboczący; drugi guz mniejszy i twardszy w linii środkowéj, obydwa ruchome bez równoczesnéj zmiany położenia macicy, lecz wszystko razem unosić się dające Rozpoznanie: *Cystis multilocularis ovarii dextri, ruptura parietis illius cum ascitide consecutiva, prolapsus uteri, inversio vaginae, recto-et vesicocele.* Po otwarciu jamy brzusznéj: guz większy okazał się torbielem jajnika prawego połączony z macicą płaską szypułą a z pęcherzem błoną, przez co macica skręcona o $^1/_4$ obrotu na lewo, guz mniejszy torbielem jajnika lewego, podwiązanie szypuł grubym jedwabiem, Paquelin. Przyszyto macicę do przedniéj ściany brzucha w ten sposób, iż trzeci szew węzełkowy głęboki, licząc od dołu, przeprowadzono przez grubość ściany brzusznéj od lewej, przez nasadę więzu okrągłego lewego koło rogu macicy, dalej przez tęż po prawéj i wypuszczono nić przez grubość ściany brzusznéj po prawéj i związano końce jak zwyczajny szew węzełkowy. Przebieg bez gorączki; zdjęto szew 8 go dnia, ów trzeci 11-go. Macica powtórnie w 3 miesiące badana utrzymywała się tam, gdzie była do ściany brzusznéj przytwierdzona. Torbiele dermoidalne z włosami, zębami i blaszkami kostnemi, większy miał od tyłu otwór łączący jego jamę z brzuszną.

Autor zastanawia się nad komunikacyją jamy torbiela z brzuszną i rzadkiém zboczeniem w położeniu macicy, t. j. jéj wypadnięciem; wreszcie przechodząc obszernie historyję zabiegów operacyjnych, mających na celu leczenie tyłozboczeń i wypadnięcie macicy przez stałe zbliżenie jéj do przedniéj ściany brzusznéj, zatém operacyję Alexandra-Adamsa i przytwierdzenie macicy do ściany brzusznéj, wykonane po raz pierwszy w r. 1869 przez Koeberlego, zaznacza różnicę postępowania operacyjnego w tym przypadku, że założono tylko jeden szew i to czasowo, który usunięto po 10 ciu dniach. Sposób ten zalecałby się zwłaszcza tam, gdzie ciąża jeszcze jest możliwą, albowiem zrosty bez nierozciągliwéj podpory łatwiéj się rozluźnić mogą, przezcoby prawdopodobieństwo poronienia się zmniejszyło. (*Medycyna 1887. Nr. 10—12.*) *Dr. Wiszniewski.*

Rybicki: O istocie i leczeniu drgawek porodowych.

W rozprawie téj, która jest dopełnieniem prac dawniéj w tym przedmiocie pisanych, podaje autor siedm przypadków drgawek, a opierając się na tych spostrzeżeniach, jak również na dawniéj opisanych jedynastu przypadkach tego powikłania, w przebiegu sprawy płodzenia występującego, a uwzględniając literaturę tak krajową jak i zagraniczną wysnuwa pewne wnioski tyczące się przyczyny powstawania i leczenia drgawek. Z siedmiu w téj rozprawie przytoczonych przypadków, dwa dotyczyły kobiet w ostatnim miesiącu ciąży, przyczém w jednym z nich wykonał autor przymusowe rozwiązanie. Trzy razy obserwował drgawki podczas porodu, gdzie w miarę warunków udzielił odpowiedniéj pomocy położniczéj, zakładając kleszcze lub wykonywając obrót na nożki z następującém wydobyciem płodu ręczném. W dwóch

przypadkach w połogu ograniczył się do leczenia napadów przez podanie wewnętrzne lub w lawatywach wodnika chloralu, albo przez podskórne wstrzykiwanie roztworu chlorku morfinu. Dwa przypadki mimo zabiegu operacyjnego zakończyły się niepomyślnie dla matek, które umarły wśród objawów drgawek. Reszta uwieńczona pomyślnym wynikiem, bądź przez zabieg operacyjny, bądź przy użyciu chloralu i morfinu. Co do objawów drgawek, to dawniéj przez siebie podany podział o tyle autor zmienia, że dzieląc wprawdzie na 3 okresy jak dawniéj, t j.: 1) na okres drżeń krótkotrwałych, 2) ok. tężcowy i 3) ok. właściwych drgawek, uważa śpiączkę, dawniéj trzeci okres stanowiącą, jako następstwo drgawek. Zdania Frerichsa, który twierdzi, że drgawki prawdziwe występują tylko w obec istniejącéj choroby Brighta, R. nie podziela, owszem sądzi, że drgawki mają zawsze cechę jednakową, bez względu na obecność lub brak cierpienia nerek. Ciepłoty ciała podczas drgawek autor nie badał, sądzi jednak, że jéj podwyższenie w przypadkach gwałtownych tłumaczyć można wzmożoną czynnością mięśni, a na poparcie tego przytacza szybkie obniżanie się jéj do stanu prawidłowego po ustąpieniu drgawek. Zwiastuny napadu dzieli na podmiotowe (ból i zawrót głowy, nudności, zmiana w widzeniu), które uważa za niestałe i przedmiotowe (obrzęki, zmniejszenie ilości wydzielanego moczu i białkomocz), a te ostatnie uważa za wskazówkę możności wystąpienia drgawek, wskazówka jednak ta nie zawsze jest stanowczą. Uwzględniając częstość, sposób i przyczyny powstawania drgawek, sądzi co do pierwszego, że jestto powikłanie rzadkie; bo zdarza się raz na tysiąc. Twierdzenie innych autorów (Schauty 1: 400) tłumaczy tém, że biorą oni w rachubę przypadki z zakładów położniczych, a ztąd porody częściej nieprawidłowe a więc i częściéj drgawkami powikłane. Zdanie wielu lekarzy że drgawki występują częściéj u pierwiastek, niż u wielorodek potwierdza swemi spostrzeżeniami, a stosunek ten wyraża jak 4: 1; tłumaczy to większą niepodatnością przewodu rodnego u pierwiastek. Najczęściéj występują drgawki podczas porodu, najrzadziéj w ciąży, połóg stanowi w téj mierze środek, ale jeżeli uwzględnimy drgawki w połogu pierwotnie powstające, to będą one najrzadsze. Stosunek w liczbach jest 4·5: 2: 1. Do momentów usposabiających należy w ciąży 1): zmiana w składzie krwi *(leuko-hydraemia)* 2) i utrudnienie krążenia żylnego w dolnéj połowie ciała wywołane uciskiem macicy, lub główki poprzedzającéj na organa sąsiednie, co również przyczynia się do utrudnienia odpływu moczu i do wystąpienia drgawek. Podczas porodu bóle nieprawidłowe (bóle silne i bolesne) usposabiają do drgawek, one to bowiem rozstrajają rodzącą nerwowo. Za tém też zdaje się przemawiać szybkie ustanie drgawek po wypróżnieniu macicy (na 55 przypadków 32 razy). Podczas połogu mogą trwać daléj drgawki, które wystąpiły podczas ciąży lub porodu i są następstwem przyczyny dawniéj działającéj, lub powstają pierwotnie a przyczyny tych ostatnich mogą być wedle autora różne i tak: przeładowanie trzew *(eclampsia ab ingestis)*, skurcze silne poporodowe, utrudniony odpływ moczu, i wpływy psychiczne. Te same jednak wpływy mogą według autora stanowić przyczynę drgawek podczas ciąży lub porodu. Nieco obszerniéj zastanawia się autor nad stosunkiem białkomoczu i chorób nerkowych do eklampsyi, a to tém więcéj, że sam nie podziela w zupełności zdania tych, którzy opierają swe wnioski o istocie choroby na współczesności ustępowania jéj z cierpieniem nerek. Autor twierdzi na podstawie swych spostrzeżeń i odpowiednich przypadków zebranych w literaturze, w których nie było w moczu białka, że eklampsyja bez białka dosyć często się zdarza, i że objawy jéj niczem się nie różnią od eklampsyi z równoczesnym białkomoczem. Autor uważa białkomocz jako sprawę wywołaną zmianami w organizmie kobiety ciężarnéj, t. j. utrudnieniem odpływu krwi żylnéj, zmianą w krążeniu, przekrwieniem nerek, uciskiem na drogi mocz odprowadzające, któreto zmiany mogą usposabiać do drgawek; nie są jednak ich przyczyną. Badania zwłok mógł autor raz tylko dokonać i znalazł oprócz przekrwienia opon mózgowych, znaczniejszéj ilości cieczy surowiczo krwawéj w komórkach bocznych, rozszerzenie miedniczek nerkowych i moczowodów.

Co do teoryi powstawania drgawek, to największa ich liczba daje się wytłumaczyć na podstawie teoryi Traubego-Rosensteina, jak ją autor nazywa, chemo-dynamicznéj. Drgawki według niéj polegałyby na obrzęku i niedokrewności mózgu, wywołanego wodnistością krwi wraz z jednoczesném zwiększoném parciem w układzie naczyniowym i uważa, że zmiany te, których zasadniczą przyczyną jest ciąża, drażnią ośrodek drgawkowy w rdzeniu przedłużonym i wywołują drgawki. Teoryi Frerichsa, polegającéj na zatruciu krwi mocznikiem, nie przyjmuje, jakkolwiek przypuszcza możebność takiego zakażenia, które może zwiększyć usposobienie do drgawek. Teoryja Halbertmy, polegająca na ucisku moczowodów, wydaje się autorowi naciągniętą i daje się zastósować do małéj tylko liczby przypadków. Autor stara się pogodzić teoryje te w ten sposób, że uważa drgawki za typową nerwicę wywołaną podrażnieniem ośrodka drgawkowego. Obojętną jest rzeczą, mówi on, czém będzie zadrażniony ośrodek, wszytko zatém, co wpływa na jego nieprawidłowe odżywienie, czy to będzie niedkrewność lub przekrwienie, czy wodnistość lub zakażenie krwi mocznikiem, może usposabiać do drgawek, a jeżeli bodziec ten przekroczy pewne *maximum* (co najczęściéj bywa podczas porodu), wtedy występują drgawki. Tak więc przyczyny drgawek mogą być różnorodne, a to jest ważne, gdyż wpływa też na leczenie, które zawsze z przyczyną liczyć się powinno.

Rokowanie mimo postępu nauki jest dla matki i dziecka niepomyślne, a co najmniéj bardzo wątpliwe, jak to stwierdzają spostrzeżenia. Dla dzieci jest ono gorsze, dla matek jest tém gorsze, im wcześniéj drgawki występują a najgorsze, gdy drgawkom towarzyszy cierpienie nerek.

Śmiertelność również temi samemi co dawniéj znaczymy liczbami. Aby rokowanie było gorsze dla wielorodek, jak twierdzą autorowie inni, tego autor ze swych spostrzeżeń nie zauważył, owszem twierdzi przeciwnie. W leczeniu należy, jak to powszechnie jest przyjęte, wypełnić dwa wskazania t. j.: 1) Zapobiegać wystąpieniu drgawek i 2) Uspokajać napady już powstałe.

Pierwszemu wskazaniu czynimy zadosyć, podtrzymując organizm kobiety ciężarnéj i zapobiegając wystąpieniu cierpień nerek. Do wypełnienia drugiego mamy dwa działy środków: *a)* zabiegi operacyjne, które rozwiązując matkę wstrzymują napady. Nie należy jednak porywczo i w każdym do nich uciekać się przypadku, ale owszem leczenie powinno być więcéj wyczekujące i łagodne, inaczéj narazimy matkę i dziecko na groźne niebezpieczeństwo i przypadki takie kończą się niepomyślnie, *b)* i cały szereg leków, a tu zaliczamy: środki napotne, jak pilokarpin wewnętrznie i podskórnie (0·01—0·03 *pro dosi*), jednak z wielką ostrożnością, gdyż wywołuje nieprzyjemne a groźne przypady w narządzie oddechowym (*suffocatio*); środki moczopędne i wypróżniające,

ale tylko łagodnie działające; środki nasenne, które bardzo ważną w tym razie odgrywają rolę, a tu należy wstrzykiwanie podskórne roczczynu chlorku morfinu (0·01 –0·02 *pro dosi*) i wodnik chloralu wewnętrznie lub w lawatywach (od 1·0gr. wyżéj aż do 3·0 *pro dosi*). Te to środki oddają nieraz znakomite usługi, a chociaż nie są dla tego cierpienia środkami swoistemi, to jednak powstrzymując lub osłabiając napady są dzielną bronią w umiejętnéj ręce przeciw cierpieniu, które nawet na lekarza bardzo niemiłe robi wrażenie. (*Medycyna*, 1887, Nr. 34—45). *Dr. M. Cercha*

Iustus Schramm (Drezno): **Leczenie nadmiernego ślinotoku podczas ciąży.**

Chora 24 lat licząca, osłabiona; od trzech miesięcy cierpi na wymioty i nadmierny ślinotok. Bardzo wychudła, niedokrewna, ma dziąsła czerwone i spuchnięte, oddaje na dobę 1200 cm. sz. śliny. Przypuszczając zatrucie rtęcią podawano jéj jodek potasu bez skutku; również atropin nie pomagał. Po 9 tygodniach dopiero, gdy rozpoznano ciążę pięciomiesięczną, galwanizowano nerw współczulny i obniżono ilość śliny na dobę na 700 cm. sz. Więcéj nie osiągnięto. Pilokarpina podskórnie zmniejsza dolegliwości, na ilość śliny jednak nie wpływa. Dopiero bromek potasu, po 2,50 grm. dziennie podany, usuwa rychło w zupełności cierpienie. W składzie śliny brak było ptyaliny. (*Berl. Klin. Woch.*). *Kohn.*

Cudowski: **Wytłaczanie płodu przy wydobywaniu go kleszczami.**

Autor odwołuje się do zdania Fritscha, że kleszcze założone na główkę utrudniają mechanizm prawidłowy, a mianowicie wystąpienie tyłogłowia z pod spojenia kości łonowych. W obec tego radzi w takich przypadkach równoczesne wytłaczanie płodu obok pociągania za kleszcze. W tym celu zaleca ucisk jedną ręką na pośladki w dnie macicy, podczas gdy druga pociąga za kleszcze. Na poparcie przytacza odpowiedni przypadek ze swéj praktyki, w którym postępowanie wyż opisane okazało się bardzo skutecznem. Nadto podaje, że we dwu innych przypadkach używając téj metody przekonał się, że ilość siły potrzebnéj do wydobycia płodu kleszczami przy równoczesném wytłaczaniu znacznie się zmniejsza. (*Gazeta Lekarska* 1887 Nr. 10). *Dr. Mars.*

Benckiser: **Wycięcie ciężarnéj macicy przez pochwę.**

U 32-letniéj kobiety, u któréj w drugiéj ciąży powstało rozmiękninie kości, *Osteomalacia*, i ciążę zakończono wówczas obrotem z powodu poprzecznego położenia dziecka, znaleziono obecnie bardzo znaczne tyłozgięcie macicy po 3 miesiącach ciąży. Część pochwowa ustawiona tak wysoko, że jéj nie podobna dosięgnąć, a dno wielkości pięści wypycha tylną ścianę pochwy na dół i ku przodowi. Po nieudanych (z powodu znacznego obniżenia ku miednicy okolicy lędźwiowéj) próbach odprowadzenia postanowiono wzniecić poronienie. Założenie świeczki niemożebne z powodu niedostępności ujścia, duże dawki chininu, pilokarpin, gorące wstrzykiwania, a w końcu nakłócie ciała macicy przyrządem Potaina pozostały bez skutku, a natomiast wywołały objawy zapalenia otrzewny. Dla tego też postanowił prof. Olshausen wykonać wycięcie macicy. Cięcie w środku tylnéj ściany pochwy wysoko sięgające długości 6 cm. Po przecięciu nisko wypchniętéj otrzewny zatoki Douglasa wydobyto z powodu wiotkości więzów z wielką łatwością przez ranę ciało macicy, uchwycone kleszczykami Museuxa. Po podwiązaniu *en masse* obu więzów szerokich razem z jajnikami i przecięciu, macicę wyciągnięto przed części rodne, poczem obcięto sklepienie, obszyto je sposobem Martina i w końcu całą macicę wydobyto. Otwór pochwowy zeszyto katgutem. Chora opuściła zakład zdrowa w 23 dniu po operacyi. W końcu podnosi raz jeszcze B. wielką łatwość wykonania operacyi z powodu zwiotczenia więzów umocowujących macicę. (*Centralblatt f. Gynaekologie* 1887). N. 51. *Dr. Bylicki.*

VI. Jubileusz 25-letniego zawodu nauczycielskiego prof. Madurowicza.

W dniu dzisiejszym lekarze nasi obchodzą uroczyście jubileusz 25-letni zawodu nauczycielskiego jednego z najbardziéj poważanych profesorów Uniw. Jagiell. Numer dzisiejszy, na który ochoczo złożyli się byli i obecni jego uczniowie i asystenci, Komisyja redakcyjna uchwaliła przeznaczyć wyłącznie na cześć Męża, który dawniéj, gdy *Przegląd Lekarski* był własnością Tow. Naukowego, przez lat kilka, a obecnie znów należy do grona redakcyi. Numer niniejszy stanowi skromny dowód poważania, którego doznaje Jubilat w łonie kolegów, oraz miłości, którą Go otaczają asystenci i uczniowie.

Jakkolwiek prof. Madurowicz w kraju naszym znany jest jako znakomity ginekolog i położnik, jakkolwiek i za granicami kraju ceniony jest przez kolegów fachowych, nie będzie jednak od rzeczy, jeżeli krótko a zwięźle skreślimy zasługi jego, dla tych zwłaszcza kolegów i czytelników, którzy albo wcale nie byli w położeniu poznania go, albo zetknąwszy się z nim pobieżnie nie odnieśli tego wrażenia, jakie się otrzymuje po dłuższém z nim obcowaniu i jeżeli się ma sposobność obserwowania przez szereg lat jego działalności cichéj a skromnéj, nie uganiającéj się ani za korzyścią materyjalną, ani za poklaskami ogółu. Trudném jest zadanie, podać życiorys człowieka żyjącego i czynnego na swém stanowisku; jest ono jednak dla piszącego o tyle ułatwioném, ile że nie krępowany bliższemi stosunkami może bez uprzedzenia wypowiedzieć zdanie całkiem przedmiotowe.

Maurycy Jelita Madurowicz urodził się d. 16 września 1831 r w Kołomyi z ojca Walentego, ówczesnego komisarza przy starostwie, a późniejszego radzcy ministeryjalnego i naczelnika Dyrekcyi skarbowéj w Galicyi; szkoły początkowe i gimnazyjalne ukończył we Lwowie; przez dwa lata uczęszczał na medycynę w Krakowie, gdzie słuchał wykładów Kozubowskiego, Majera, Skobla, Sawiczewskiego, Zejsznera i Czerwiakowskiego; późniéj uczęszczał we Wiedniu na wykłady Hyrtla, Brückego, Schroffa, Rokitańskiego, Skody, Oppolzera, Rosasa, Schuha, Dumreichera i Kleina; tamże w r. 1855 otrzymał dyplom Dra medycyny, a w r. 1856 doktora chirurgii i magistra położnictwa. Przez 6 lat był asystentem przy klinice ginekologicznéj i położniczéj proff. Gustawa i Karola Braunów. W grudniu 1862 r. habilitował się w Krakowie jako docent prywatny położnictwa i ginekologii na podstawie rozprawy „o powstawaniu i rozpoznawaniu przepukliny krwawéj," ogłoszonéj w *Przeglądzie Lekarskim* w r. 1863, a po ustąpieniu prof. Kwaśniewskiego w październiku 1863 r. mianowany został zwyczajnym profesorem położnictwa teoretycznego i praktycznego i objął zarazem obowiązki prymaryjusza oddziału III szpitala Śgo Łazarza, w którym wówczas mieścił się także oddział dzieci chorych i podrzutków. W r. 1867 ożenił się z p. Henryką Saarówną, siostrzenicą prezydenta Izby poselskiéj Rady Państwa Dra Smolki, lecz już w marcu 1868 r. stracił żonę i dziecko; strata ta, jakoteż śmierć najmłodszego brata Ale-

ksego, urzędnika skarbowego we Węgrzech, który w r. 1873 skonał na jego rękach, były ciosami w dwójnasób dotkliwemi dla człowieka, tak jak on przywiązanego do życia familijnego [1]). Osamotniony têm goręcéj zajmował się sprawami czysto zawodowemi. Dzięki jego staraniu otworzono w r. 1870 teraźniejszą klinikę położniczą i z nią połączoną pierwszą w Krakowie klinikę dla chorób kobiecych, któréj dotąd jest przełożonym. W roku szkolnym 186⁷/₈ wybrany został dziekanem Wydziału lek., w 187⁸/₉ ponownie, a w r. 188⁰/₁ piastował godność Rektora Uniw. Jag.; w latach 187⁵/₆ i 188²/₃ był komisarzem rządowym przy egzaminach ścisłych w Wydziale lek. Od r. 1858 jest członkiem Tow. lekarskiego wiedeńskiego, od r. 1864 członkiem Tow. Naukowego, w r. 1865 wybrany został członkiem Tow. lek. warszawskiego, w r. 1866 członkiem nowopowstałego Tow. lek. krakowskiego, którego prezesem był w r. 1868; od r. 1870 jest członkiem Tow. lekarzy bukowińskich w Czerniowcach, oraz honorowym Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie; wreszcie w r. 1887 otrzymał order Korony żelaznéj 3ciéj kl., a pod koniec tegoż roku Tow. lekarskie krakowskie zamianowało go swoim członkiem honorowym.

Przez cały rok oddany wyłącznie obowiązkom swym klinicznym korzysta każdym razem z wakacyj letnich, aby poznać zagraniczne urządzenia zakładów położniczych, oraz znakomitości zawodowe, głównie podczas Zjazdów lekarskich, a nie mówiąc już o niemieckich i austryjackich, zwiedził zakłady w Paryżu, Londynie, Nowym Yorku i Filadelfii, a jako gorliwy i nieznużony turysta od Karpat i Alp dotarł aż do wodospadu Niagary.

Prace swoje ogłaszał zrazu w czasopismach wiedeńskich, a późniéj wyłącznie prawie w *Przeglądzie Lekarskim*; spisu ich, jakoteż prac z kliniki jego wyszłych a wykonanych przez jego asystentów i uczniów nie podajemy; znajdzie go czytelnik w Słowniku Kośmińskiego i w Kronice Uniw. Jagiell. z r. 1887.

Służyli pod nim jako asystenci kliniczni Drowie: Teofil Stępiński, b. lekarz powiatowy w Krakowie, Adam Czyżewicz, b. wiceprezydent m. Lwowa, obecnie profesor położnictwa we Lwowie, Henryk Jordan, docent Uniw. Jagiell. i radzca miejski w Krakowie, Władysław Bylicki, obecnie praktykujący we Lwowie, Antoni Mars, docent Uniw. Jagiell., Jan Rosner, obecnie praktykujący we Lwowie, Stanisław Braun i Maks. Cercha; jako sekundaryjusze szpitalni Drowie: Aleks. Rybczyński, lekarz miejski w Krakowie, Ludwik Wiszniewski i Maks. Kohn, radzcy miejscy i praktykujący w Krakowie, wreszcie Jan Ziembiński i Wład. Harajewicz.

Z prawdziwém zadowoleniem wewnętrznêm prof. Madurowicz spoglądać może na ćwierćwiekową działalność swoją nauczycielską w Krakowie: poważny poczet lekarzy fachowych, wykształconych pod jego kierunkiem a zajmujących zaszczytne w kraju stanowiska, nierównie większy zastęp lekarzy praktykujących, którzy wiedzę swoją położniczą jemu zawdzięczają, oraz akuszerek, ktorych brak w kraju tak dotkliwie czuć się dawał, świadczą, że zabiegi profesora nie były płonne, a uznanie ze strony Władz i Kolegów, uznanie pochlebne i dobrowolne, wieńczy zaszczytnie pracę wieloletnią, wykonywaną bez pretensyj dla siebie, ale za to z têm większą starannością i serdeczną życzliwością dla zakładów i uczniów.

Są zapewne profesorowie, większe mający zasługi literackie, lepszą obdarzeni wymową, łatwiej przystępni dla kolegów i uczniów, a mimoto nie używający takiego miru między jednymi i drugimi jak nasz Jubilat.

Prof. Madurowicz jest bowiem człowiekiem *sui generis*. Na nim sprawdza się przypuszczenie, że charakter jest wrodzony i mało co zmienia się przez wpływy korzystne lub niekorzystne. Poznaliśmy Jubilata, gdy miał lat 30; był on takim, jakim jest obecnie, a nie wątpimy, że takim samym był i przedtém. Powłoka szorstka, wyraz twarzy poważny, surowy, wcale do zbliżenia się nie zachęcający, oczy zmrużone, małomówność, a częstokroć uporczywe milczenie, — na pierwszy rzut oka nasuwają myśl, że mamy przed sobą mizantropa, który po doznanych przykrych zawodach, jak powiada poeta, „rozbrat wieczysty światu wypowiada i sam się w dzikiéj pustyni zamyka“, — a jeżeli czasem milczenie to przerywa, aby mniéj lub więcéj donośnym głosem karcić jakieś przeoczenie lub przewinienie podwładnych lub strofować ucznia niepilnego, — to nieznający go bliżéj gotów sądzić, że ten człowiek zrzędny pozbawiony jest uczucia ciepłego, że umie tylko łajać, bo go nic zadowolić nie może. A jednak już przełożony jego prof. Karol Braun umiał dobrze ocenić charakter swego asystenta. Byliśmy świadkami sceny, która się odegrała w klinice położniczéj wiedeńskiéj, gdy prof. Braun, wiecznie uśmiechnięty, wszedł z wizytą na salę chorych, kłaniając się życzliwie w prawo i w lewo, podczas gdy postępujący za nim asystent łajał w prawo i w lewo doborowemi słówkami wiedeńskiemi; gdy uczniowie nie mogli wstrzymać się od śmiechu pod wrażeniem téj uderzającéj różnicy w zachowaniu się profesora i asystenta, pierwszy odezwał się do nich: *Lassen Sie ihn nur brummen, den Madurowicz, er ist gar nicht schlimm.* To téż mimo jego mrukliwości uczniowie i doktorowie garnęli się do jego kursów operacyjnych; a garnęli się coraz bardziéj, nabywszy przekonania, że u niego dużo nauczyć się można. A już wtedy opowiadano sobie, że ten surowy asystent poza służbą wcale nie jest tak strasznym, jakim się w klinice wydaje; przytaczano niektóre fakty, z których wynikało, że nietylko uczucia ludzkiego nie jest pozbawiony, ale nawet umie być serdecznym, nawet wesołym, naturalnie w swój sposób właściwy. Nie przestał on być poniekąd zagadką po przeniesieniu się na grunt rodzimy do Krakowa. I tu rozmaicie go oceniano, a może i niektórzy dotąd jeszcze nie są w zgodzie ze sobą, jak go ostatecznie ocenić należy. Natura to bowiem szczególna, wyjątkowa. Serce najszlachetniejsze, postępowanie zawsze honorowe, ani na włos nie zbaczające od drogi prostéj, a zawsze mające na celu dobro prawdziwe bliźniego, a obok tego mrukliwość i niełatwość objawiania téj życzliwości na zewnątrz; pewna nieśmiałość i bojaźliwość w obcowaniu z nieznajomymi, obok dziecięcéj prawie wesołości i naiwnéj serdeczności, występującéj w gronie bliższych kolegów, a zwłaszcza asystentów; troskliwość wielka o dobro chorych a obok niéj szorstkość w zetknięciu się z każdym obcym, a têm samém i z pacyjentkami, która jednak z czasem ustępuje miejsca grzeczności i uprzejmości, a jak zapewniają, nawet elegancyi, a w każdym razie delikatności nawet w obec chorych najbiedniejszych, zwłaszcza klinicznych; wielkie zamiłowanie w zawodzie swoim a przytém nie uganianie się za praktyką; gotowość do ofiar materyjalnych, gdzie tego istotna i uwzględnienia godna zachodzi potrzeba,

[1]) Z dwóch braci żyjących jeszcze jeden jest pułkownikiem w armii austryjackiéj, a drugi Radzcą Namiestnictwa galicyjskiego i Starostą tarnopolskim.

staranne tajenie dobrodziejstw, tak że istotnie ręka prawa nie wie, co daje lewa, — a przytém nieznajomość tego, co starożytni nazwali: *sacra auri fames*, a co i nowożytnym aż nadto dobrze jest znaném; wielkie wymagania w postępowaniu lekarskiém po sobie i uczniach swoich ściślejszych obok pewnéj pobłażliwości w obec uchybień ze strony lekarzy nie specyjalistów; serdeczne przywiązanie do przyjaciół, ich rodzin i dzieci, prawość obywatelska niezwykła a mimo to uchodzenie za odludka, — słowem mimo pozoru przeciwnego zupełny brak pobudek egoistycznych obok bogactwa w uczucia altruistyczne. Sąto przymioty cenne w wysokim stopniu, które atoli trzeba u niego wyśledzić i wybadać mozolnie, bo są one jakby umyślnie przytłumiane a przynajmniéj ukrywane. To téż znają go najlepiéj ci, co pod nim służyli, ale też asystenci jego — najbliżsi serca jego. Są zapewne profesorowie, którzy tak samo dbają o wykształcenie zawodowe i dalsze powodzenie swych asystentów, ale trudno znaleźć takiego, któryby żył z asystentami na takiéj stopie koleżeńskiéj, przyjacielskiéj, poufałéj. Pomiędzy nimi téż powstała pierwotnie myśl uczczenia jubileuszu ukochanego profesora; ale myśl ta, raz rzucona, odrazu zyskała poklask nie tylko u wszystkich uczniów jego, po całym kraju rozrzuconych, ale i u wszystkich jego kolegów, a piękna uroczystość dzisiejsza będzie najlepszym dowodem, jak społeczeństwo lekarskie umie cenić prawdziwą zasługę, choć nie obleczoną w ponętną, modną szatę. Uroczystość dzisiejsza, która niezwykłe obiecuje przybrać rozmiary, poucza, że zacność i szczerość jeszcze nie przestały być przymiotami, które bez gonienia za popularnością doczekać się mogą powszechnego uznania. Takich Mężów daj nam Boże więcéj, na chwałę i pożytek kraju i społeczeństwa naszego!

Kraków 14 stycznia 1888. *L. B.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Instrukcyja dla akuszerek, wydana przez Radę lekarską w cesarstwie rosyjskiem w porównaniu z nową instrukcyją obowiązującą w państwie austro-węgierskiém.

Postępowanie przeciwgnilne, w położnictwie ogólnie dzisiaj przyjęte i surowo przestrzegane, przyniosło znakomite wyniki, jak tego dowodzą sprawozdania lekarskie z różnych zakładów położniczych w czasopismach ogłaszane, a które wykazują coraz mniejszą śmiertelność z chorób zakaźnych w połogu spostrzeganych. Mimo to jednak gorączka połogowa po dziś dzień zabiera jeszcze mnóstwo ofiar i wiele jest jeszcze w tym kierunku do zrobienia. W ostatnich latach szczególniejszą uwagę zwrócono na akuszerki, od zachowania się których niezaprzeczenie najwięcéj tu zależy. W myśl tego i ciała ustawodawcze w różnych krajach wydały surowe przepisy obowiązujące akuszerki, a w różnych czasopismach lekarskich krajowych i zagranicznych czytać można o coraz to nowych przepisach dla akuszerek, które coraz więcej od nich wymagają i coraz surowszemu poddają je nadzorowi. W maju r. z. wydaną została przez Radę lekarską i zatwierdzoną przez ministeryjum spraw wewnętrznych w Rosyi nowa instrukcyja dla akuszerek, obowiązująca podczas pielęgnowania ciężarnych, rodzących i położnic. (P. *Medycyna* w roku 1887 N. 27 i 28). Nadto Rada lekarska orzekła, że instrukcyja ta ma być wykładaną w szkołach akuszerek i że z wiadomości w tym kierunku kandydatki egzaminować należy. Daléj akuszerki po miastach już praktykujące mają być pouczone co do sposobu wykonywania opatrunków przeciwgnilnych, tą instrukcyją zaleconych. Nauczania w miastach gubernijalnych mają się podjąć wydziały lekarskie rządów gubernijalnych, zarządy i urzędy lekarskie, a w miastach powiatowych lekarze miejscy i powiatowi.

Instrukcyja sama, w szczupłe dość ramy ujęta, obejmuje głównie przepisy dotyczące postępowania przeciwgnilnego dla akuszerek, i jest o wiele mniéj wszechstronną, aniżeli instrukcyja wydana w państwie austro-węgierskiém rozporządzeniem ministra spraw wewnętrznych z dnia 4 czerwca 1881 r. Instrukcyja rosyjska nie ma tak dokładnych przepisów dotyczących kontroli postępowania akuszerek, nie wspomina o rewizyi instrumentów, nie wymaga prowadzenia protokółów z odbytych porodów i połogów, jak instrukcyja austro-węgierska. Nie określa tak szczegółowo stosunku do publiczności, do władz sądowych, duchownych, i do lekarzy. W kwestyjach zato dotyczących samego postępowania przeciwgnilnego jest więcéj pouczającą, więcéj szczegółową, daje akuszerce szersze pole działania, ale i stawia większe wymagania. Uderzającą jest jednak okoliczność, że instrukcyja rosyjska nie wymaga od akuszerek, podobnie jak instrukcyja austro-węgierska, aby się wstrzymywały od przyjmowania porodów na przypadek, gdyby jednéj i téj saméj w praktyce zachorowały w krótce po sobie dwie lub więcéj położnic na gorączkę połogową. Instrukcyja austrowęgierska zaleca powstrzymanie się od praktyki przez dni 14 i użycie tego czasu na codzienne oczyszczanie sposobem przeciwgnilnym tak rąk jako też narzędzi i sukien.

Aby zapoznać czytelników z instrukcyją rosyjską, podajemy jéj treść w skróceniu i zaznaczamy te punkty, które zasługują na uwagę.

Oprócz wstępu, który omawia, jak należy pomienioną instrukcyję rozpowszechniać i wykładać, składa się ona z trzech działów a mianowicie: *A)* Przyczyny wywołujące gorączkę połogową: *B)* Instrukcyja dotycząca użycia środków przeciwgnilnych czyli niszczących zarazki, podczas pielęgnowania ciężarnych, rodzących i położnic; *C)* Przepisy przeciwgnilne obowiązujące akuszerki podczas pielęgnowania ciężarnych, rodzących i położnic.“

W pierwszym dziale poucza instrukcyja: co to jest gorączka połogowa, jakiemi drogami zakażenie do organizmu się dostaje, a co nam się wydaje nader praktyczném, wylicza szczegółowo cały szereg zródeł, zkąd może istota zakażająca pochodzić, jak niemniéj i szereg przedmiotów, które w przeniesieniu istot zakażających mogą pośredniczyć. Na uwagę zasługuje ustęp, w którym mówi o stanie zdrowia akuszerki saméj, a mianowicie zaleca czystość około niéj saméj, jużto podczas miesiączki, jużteżto jeżeli akuszerka cierpi na obfite gryzące upławy, ropnie i t. d. i wskazuje, że one mogą być źródłem zakażenia. Wreszcie wypowiada zasady zapobiegania wystąpieniu gorączki połogowéj i wyjaśnia znaczenie postępowania przeciwgnilnego.

W drugim dziale zaleca przedewszystkiem środki przeciwgnilne, a mianowicie: kwas karbolowy, sublimat, chlorek wapna, jodoform i naftalinę. Poucza, jakim sposobem można otrzymać z czystego kwasu karbolowego dwu i pięcioprocentowy rozczyn i nazywa pierwszy słabszym, ostatni mocniejszym. Podobnie podaje sposób przyrządzania rozczynów 1: 4000 i 1: 2000 sublimatu z dwuprocentowego rozczynu, jaki zwykle lekarze przepisują. Chlorek wapna zaleca w rozczynie dwuprocentowym lub w proszku. Do wstrzykiwań zaleca szklane irygatory a baseny fajansowe lub gliniane.

W dalszym ciągu znajdujemy przepisy, jak uczynić przeciwgnilnemi skubankę, watę, kawałki płótna, muszlinu i t. p., jak się wyrabia wata odtłuszczona, jak przyrządzić gazę jodoformową i naftalinową, kładzie nacisk na przewietrzanie i oczyszczanie mieszkań, podając odpowiednie sposoby.

Podczas gdy dwa pierwsze działy stanowią właściwie część pouczającą, informacyjną, dział trzeci mieści w sobie właściwe przepisy, jak powinna akuszerka wyłuszczone postępowanie w praktyce zastosować, co jest ujęte w 28 punktów. Przedewszystkiem zaleca, aby ubranie akuszerki było perkalikowe lub płócienne a nie wełniane, takież powinny być i fartuchy, a nadto w uwadze dodaje, że pożądaną jest rzeczą, aby w domach, gdzie spodziewają się porodu, było przygotowane ubranie dla akuszerki z krótkiemi rękawami z nowego materyjału i potrzebna ilość fartuchów. Daléj jeżeli akuszerka nie może tego uniknąć i musi się udać od osoby choréj do zdrowéj, powinna wziąść kąpiel w łażni lub wannie i zmienić zupełnie ubranie, przyczém szczególniejszą uwagę zwraca instrukcyja na czystość włosów. Kanki i cewniki elastyczne używane u osób chorych mają być zniszczone, metalowe odpowiednio oczyszczone. Wszelkie środki opatrunkowe, jak: skubanka, wata, muszlin, kawałki płótna, bandaże i t. d. mogą być tylko wtenczas używane, jeżeli są na

przeciwgnilne zamienione, po użyciu należy je spalić. Dalej wylicza instrukcyja, kiedy należy robić wstrzykiwania, zaleca przeczosy i szczeliny na brodawkach sutkowych obmywać roztworem kwasu karbolowego, resztkę pępowiny sposobem przeciwgnilnym opatrywać. *Dr. Mars.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 stycznia 1888. Na wczorajszem sprawozdawczém posiedzeniu Tow. Lek. krak. odczytano sprawozdania z czynności poszczególnych Komisyj w ciągu roku zeszłego. Nad sprawozdaniem Komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha wywiązała się obszerna dyskusyja, w któréj brali udział kol. Kopff jako sprawozdawca, koll. Blumenstok, Obaliński, Rydygier, Domański, Gluziński i Paszkowski. Wybrano jednogłośnie kol. Paszkowskiego członkiem Komisyi redakcyjnéj w miejsce prof. Korczyńskiego, który wyboru tego przyjąć nie mógł. W końcu uczynił prof. Korczyński wnioski mające na celu zwalczenie leków tajnych. Załatwienie zaś innych spraw poruszonych na tem posiedzeniu odroczono do posiedzenia następnego z powodu spóźnionéj pory.

* W zakładzie kulparkowskim pode Lwowem zdarzył się smutny przypadek, że jeden z posługaczy złamał 4 żebra obłąkanemu hr. Izydorowi Dzieduszyckiemu. Sprawa ta była przedmiotem interpelacyi w Sejmie, wystósowanéj przez posła Hausnera i towarzyszy, i przez to nabrała wielkiego rozgłosu. Przypadki takie zdarzają się i gdzieindziéj a nikt nie zwala winy na lekarzy zakładowych, albowiem od nich żądać można tylko, aby donieśli Prokuratoryi rządowéj o zaszłém zdarzeniu a następnie winnego ze służby oddalili. Tak się dzieje zazwyczaj, tym razem atoli sprawa zaostrzyła się z powodu, że pobicie chorego miało nastąpić w nocy z 17 na 18 Grudnia, a lekarze dopiero 28 Grudnia sprawdzili złamanie żeber, aczkolwiek bolesność klatki takie uszkodzenie już od 18 Grudnia przypuszczać nakazywała, a to dla tego, że z powodu gwałtownego szału badanie dokładne było niemożebném; to też 28 Grudnia dyrektor otrzymawszy doniesienie natychmiast zawiadomił Prokuratoryję. O pobicie obwiniony posługacz wydalił się d. 31 Grudnia, ale 2 Stycznia powrócił dobrowolnie do zakładu i oddany został w ręce sprawiedliwości. Chory umarł 5 Stycznia, a sekcyja wykazała złamanie 4 żeber, które atoli nie było przyczyną śmierci.

Tak rzecz przedstawił, odpowiadając na interpelacyję w Sejmie poseł Dr. Hoszard dodając, że Wydział krajowy ze swéj strony wytoczył śledztwo dyscyplinarne dyrektorowi, prymaryjuszowi i sekundaryjuszowi. Poseł Hausner oświadczył, że nie zadowala się tą odpowiedzią i wniósł otwarcie dyskusyi nad nią, na co téż Sejm się zgodził. Dyskusyja ta odbyła się rzeczywiście d. 10 bm., a w niéj posłowie Hausner, Wojciech Dzieduszycki, Wolański, Popiel, Borkowski podnieśli ciężkie zarzuty przeciw zakładowi i dyrekcyi, podczas gdy poseł hr. Wodzicki zalecał postępowanie rozważne, poczém przyjęto wniosek hr. Artura Potockiego, polecający Wydziałowi krajowemu zbadanie przyczyn złego i dążenie do usunięcia zachodzących wadliwości. Sprawozdawca Hoszard, jakotéż poseł Dr. Mroczkowski odpierali zarzuty jako przedwczesne.

Podaliśmy fakt na podstawie sprawozdania Dra Hoszarda i wstrzymujemy się od sądu aż do chwili ukończenia śledztwa dyscyplinarnego. Do owéj chwili powinny zamilknąć także sądy dziennikarskie, bacząc na to, że broniąc sprawy lub strony jednéj bez podstaw opartych na aktach, można mimowolnie skrzywdzić stronę drugą.

* Rozporządzeniem z d. 31 grudnia 1887 ogłoszono nowe przepisy pod względem mianowania, awansowania i t. d. lekarzy wojskowych w armii austryjackiéj. Rozporządzenie to odrazu zaczyna obowiązywać, a zawiera ono niektóre przepisy postępowe. Tak § 21 orzeka, że w przypadku mobilizacyi znakomitsi lekarze cywilni (np. profesorowie uniwersytetu, znani chirurdzy) nienależący do rezerwy lub obrony krajowéj, mogą znaleźć umieszczenie w armii jako lekarze konsultujący na czas wojny i otrzymają stopień wyższy (począwszy od lekarza sztabowego i wyżéj). Po ukończeniu wojny lekarze tacy mają zatrzymać rangę w stósunku „pozasłużbowym,“ jeżeli tego żądać będą. Daléj rozporządzenie zawiera przepisy pod względem awansów lekarzy wojskowych, z których najważniejsze są, że mianowanie naczelnego lekarza korpusu nie jest zależne od czasu służby, lecz od uzdolnienia, oraz, że lekarze pułkowi 1éj klasy w rezerwie w przypadku mobilizacyi mogą awansować na lekarzy sztabowych w rezerwie. (*W. med. Woch.*)

* **Warszawa.** Prezesem Tow. lek. wybrany prof. Brodowski, wiceprezesem Dr. Przewóski, sekretarzem dorocznym Dr. Jakowski; w Tow. lek. w Łodzi wybrani: prezesem Dr. Lohrer, wiceprezesem Dr. Johnscher, sekretarzem Dr. Rundo (*Gaz. Lek.*).

* W mieście Cork w Anglii skazany został na śmierć lekarz wojskowy Cross za otrucie arszenikiem żony swojéj. Jestto czwarty z kolei lekarz angielski, który za naszych czasów kończy na szubienicy z powodu skrytobójstwa, dokonanego przez otrucie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Dr. Döderlein habilitował się jako docent ginekologii. — **Marburg.** Prof. Braun z Jeny otrzymał katedrę chirurgii w uniwersytecie tutejszym. — **Würzburg.** Następcą Scanzoniego ma zostać prof. Müller z Berna szwajcarskiego.

* **Wiadomości osobowe.** P. Namiestnik przeniósł lekarza powiatowego Dra Władysława Skalskiego z Sanoka na własne żądanie do Sambora i poruczył mu służbę sanitarną w powiecie samborskim i rudeckim.

Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Kazimierz Godlewski, rodem z Łopatyna w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Lipsku umarł tajny radca lek. Dr. Sonnenkalb nadzw. prof. med. sądowéj a w Londynie b. prof. położnictwa Dr. Artur Farre. — W Wiedniu umarł prof. nadzw. dermatologii i prymaryjusz w szpitalu Rudolfa Dr. Gustawa Wertheim, urodzony tamże d. 28 paźdz. 1822, autor licznych prac w dziedzinie farmakologii, patologii ogólnéj, dermatologii i syfilidologii. — W Anglii umarł Dr. Jerzy Sylwester, urodzony d. 10 marca 1788, a więc niespełna 100 lat liczący i do ostatniéj chwili czynny i rześki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 53: Kępińskiego: Przyczynek do kazuistyki obrażeń oka i jego otoczenia; Kadlera: Bezbolesne usuwanie ostrych łupieży. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 53: Krysińskiego: Przyczynki do techniki histologicznéj; Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa (dok.); Zaleskiego: Przypadek cięcia podbrzusznego. — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 5: Kossaka: Przyczynek do kazuistyki rumienia wielopostaciowego; Feigla: Zagadkowa śmierć M. R. Otrucie czy śmierć naturalna?; Szpilmana: Zdanie sprawy z VI kongresu higijenicznego w Wiedniu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 18go b. m. o godzinie 6éj **w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. doc. Gluziński i kol. Jaworski będą mieli zapowiedziane poprzednio wykłady.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w Sokalu: Komisyja redakcyjna zgodziła się w zupełności na wniosek szan. Kolegi.

Dla prenumerujących dodatek dołącza się: Dodatek Nr. I.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. $\frac{157}{pr.}$ **OGŁOSZENIE.**

W celu obsadzenia opróżnionéj posady c. k. lekarza powiatowego względnie asystenta sanitarnego rozpisuje się niniejszém konkurs do dnia 20 Stycznia rb.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne wymagane ustawą z dnia 21 Marca 1873 (dz. u. P. L. 37) nie mniéj dowody znajomości języków krajowych wnieść w powyższym terminie do Prezydyjum c. k. Namiestnictwa mianowicie kompetenci już zostający w służbie państwowéj w przepisanéj drodze służbowéj, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyje Policyi.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

We Lwowie dnia 6 Stycznia 1888 r.

KONKURS. W miasteczku Mosty wielkie liczącém nad 4000 z okolicą 27.000 mieszkańców jest posada lekarza miejskiego Dra medycyny z roczną płacą 200 złr. i bocznemi dochodami do obsadzenia. Osiadły tu lekarz miejski ma oraz zapewnioną praktykę sądową, która rocznie 300—400 złr. przynosi. Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego rozpisuje gmina konkurs do 1 Lutego 1888 r. Podania wnieść należy do Urzędu gminnego w Mostach wielkich.

Rok XXIII.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowéj i praktycznéj, wychodzić będzie w r. 1888 a 23im od założenia Gazety, według tego samego programu, jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiéj zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie **5 rubli**, półrocznie **2 rs. 50 kop.**, na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą rocznie **6 rubli**, półrocznie **3 ruble**.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. Wł. Gajkiewicz.** (Warszawa, Marszałkowska 115.)

Wydawca: **Dr. St. Kondratowicz.** (Warszawa, Marszałkowska 119.)

Czwarty rok wydawnictwa

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

„CHIRURGICZESKIJ WIESTNIK"

Będzie wychodzić i w r. 1888 według dotychczasowego programu i w takiéj saméj jak dotychczas objętości i zawierać: I. Oryginalne artykuły z całego zakresu chirurgii. II. Korespondencyje. III. Krytyki i bibliografiję. IV. Referaty i drobne wiadomości. V. Ogłoszenia.

Prace nadsyłać należy pod adresem redaktora **Mikołaja Aleksandrowicza Welijaminowa** (S. Petersburg Iwanowska 13).

Prenumeratę przyjmuje kantor redakcyi (S. Petersburg, Iwanowska 13, mieszk. 2) codziennie od 11—1 i od 4—5, oraz wszystkie większe księgarnie. (Uprasza się prenumeratorów zamiejscowych o nadsyłanie prenumeraty wyłącznie do redakcyi). Ogłoszenia po kop. 40 za wiersz petitu.

Cena z przesyłką za rok 7 rub., za pół roku 3 rub. 50 kop.

Redaktor i wydawca A. H. Welijaminow.

Zdrojowisko **Salzbrunn** na Śląsku

Pora zdrojowa od I Maja po koniec Września.

Oberbrunnen

(od r. 1601 pod względem lekarskim znany alkal. zdrój pierwszorzędny. Odznaczający się smakiem i trwałością. Wyborny środek leczniczy przeciw cierpieniom narządu oddechowego, żołądka, dróg moczowych, w dnie itd.) Rozsełka w każdéj porze roku za pośrednictwem firmy Salzbrunn na Śląsku. **Furbach i Strieboll.**

EKSTRAKT SŁODOWY

wyrobu

I. TRĄBCZYŃSKIEGO

w WINIARACH pod KALISZEM

jako środek leczniczy w kaszlu i innych chorobach piersiowych, wypróbowany w swych skutkach przez lekarzy i chemików, na wystawach Przemysłowo-Rolniczéj Warszawskiéj i Krajowéj Krakowskiéj zaszczycony medalami, oraz na Wystawie higijenicznéj w Warszawie listem pochwalnym.

Fabryka plastrów smarowanych

APTEKARZY

W. TRZCINSKIEGO i J. URBANOWICZA

w Warszawie przy ulicy Śliskiéj Nr. 18

poleca pp. Doktorom i Aptekarzom swego wyrobu następujące plastry:

5 mtr. Empl. Adhaesivum ext.	1 fl.	— cnt.
1 mtr. Empl. Hydrargyri ext	1 fl.	— „
1 mtr. Empl. Dyachyli comp.	—	55 „
1 Empl. Cantharidum	1 fl.	— „
Papier Wlinsi pudełko 10 szt.	—	35 „
Plaster Thapsia pudełko 5 szt.	—	75 „
„ „ „ 100 szt.	9 fl.	— „
Kataplazmy na wzór Hamiltona pud. 6 szt.	—	75 „
Kataplazmy Hamilton 100 szt.	9 fl.	— „

Główny skład na Galicyję w aptece „pod Koroną" J. Trauczyńskiego w Krakowie.

WODA BROMOWA

zalecona w dwóch gatunkach przez Świetne Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, na wniosek Komisyi dla przemysłu lekarskiego, w 1000 gram (litrze) wody przesyconéj kwasem węglowym zawiera:

	I. (1·25% Br.) mocniejsza	II. (0·62% Br.) słabsza
Natrii bromati	5·00	2·50
Kalii bromati	5·00	2·50
Ammonii bromati	2·50	1·25
Natrii bicarbonici	0·60	1·00
Szklanka (250 grm.) zawiera	3·125 połączeń bromu	1·562 połączeń bromu.

Powszechnie z najlepszym skutkiem używana w kraju i za granicą w chorobach układu nerwowego.

Cena większéj flaszki 32 i 28 ct., mniejszéj flaszki 24 i 20 ct.

Fabryka gazowych wód leczniczych i higijenicznych.

K. RZĄCA i CHMURSKI

w Krakowie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.